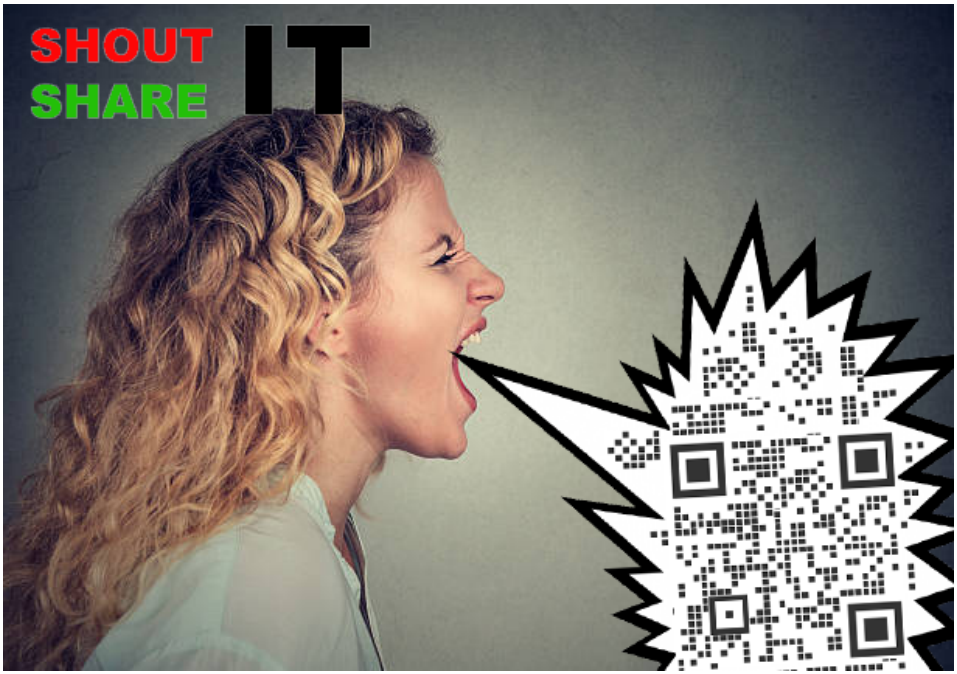
О.И. РОМАНЧУК

Синдром Дефицита Внимания и Гиперактивности у детей

генезис


SHOUT
SHARE
IT

Annotation

Книга посвящена одному из наиболее распространенных поведенческих расстройств детства – синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В ней представлены как современные научные знания (этиология, патогенез, клиническая картина), так и практический опыт помощи детям с этим расстройством. Рассматриваются вопросы диагностики и терапии (организация помощи в семье, в школе, медикаментозная терапия). Книга опровергает распространенные мифы об СДВГ и предлагает целостную модель помощи детям и их семьям.

Предназначена для широкого круга специалистов – педагогов, психологов, врачей и в целом всех, кто интересуется проблематикой психического здоровья детей, воспитанием и обучением детей с особыми потребностями.

- Олег Романчук
  - Введение
  - Часть I
    - Что такое СДВГ?
    - СДВГ – обзор проблемы
    - Причины СДВГ
    - Патогенез и симптоматика СДВГ
      -
      - Нарушение импульс-контроля
      - Нарушение прогнозирования, планирования и самоорганизации поведения
      - Нарушение контроля внимания и анализа информации
      - Нарушение контроля эмоций
      - Нарушение контроля над двигательной активностью, процессами возбуждения/торможения
    - Разные лица СДВГ
      -
      - Ситуативная вариабельность симптомов
      - Классификация подтипов
      - Степени тяжести
      - Вторичные проблемы и сопутствующие расстройства
      - Гендерные особенности
    - Возрастная динамика СДВГ

- Опыт семьи, где есть ребенок с СДВГ
- Целостное видение ребенка с СДВГ

- Часть II
  - Диагностика СДВГ
  - Модель помощи детям с СДВГ
  - Помощь родителям детей с СДВГ
    -
    - Основные принципы работы с родителями
    - Формы терапевтических вмешательств
    - Задачи консультирования родителей детей с СДВГ
    - Основные принципы управления поведением
  - Помощь детям с СДВГ в школе
    -
    - Роль учителя в помощи детям с СДВГ
    - Роль отношений между учителем и ребенком
    - Сотрудничество с родителями ребенка
    - Организация среды
    - Стратегии уменьшения проблем с вниманием
    - Принципы управления поведением детей с СДВГ в школе
    - Кооперативное обучение
    - Помощь в развитии навыков обучения, самоорганизации и управления временем
    - Индивидуальная программа обучения
  - Тренинг социальных навыков и когнитивно-поведенческая психотерапия детей с СДВГ
  - Психофармакотерапия СДВГ[11]
    -
    - Показания к психофармакотерапии при СДВГ
    - Основные препараты для лечения СДВГ
    - Принципы психофармакотерапии СДВГ и коморбидных расстройств
- Часть III
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
- Послесловие

- Приложения
  - Приложение 1
  - Приложение 2
  - Приложение 3
  - Приложение 4
  - Приложение 5
  - Приложение 6
  - Приложение 7
  - Приложение 8
- Библиография
- Об авторе

- notes
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
  - 11
  - 12
  - 13

Олег Романчук
Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. Практическое руководство

Будущее нашего общества зависит от того, какое внимание мы уделяем проблеме психического здоровья наших детей сегодня…

Ахмед Окаша, президент Всемирной ассоциации психиатрии

Введение

Каждый ребенок приходит в этот мир особенным. Мы не можем повлиять на то, каким именно он родится – мы можем только сотрудничать с природой, чтобы позволить этому ребенку развиться согласно его потенциалу и его внутренней тайне. И в этом, наверное, сложнейшая задача для родителей и всех взрослых, которые отвечают за воспитание ребенка, – распознать в нем особые задатки, таланты, его внутреннюю программу развития и поддержать ребенка на его пути в Жизнь. Это задача не из легких – ведь каждый ребенок неповторим и, как кто-то метко пошутил, в отличие от бытовой техники, дети приходят в семьи без инструкции по эксплуатации. Впрочем, даже если бы и были такие инструкции, можно ли воспитать, вырастить ребенка «по книге», могут ли чьи-либо рецепты заменить интуитивное ощущение ребенка в ежедневной неповторимости жизни и отношений?

Особенно нелегка эта задача по отношению к детям, о которых пойдет речь в этой книге, – эти дети во многом «другие» и имеют свои особые потребности. Эти дети часто создают трудности и испытания для родителей, учителей и всех, кто живет рядом с ними. Вспоминаю одну маму, педагога по образованию, которая призналась в своих трудностях в воспитании гиперактивного сына: «Я справляюсь в школе с классами, где есть по тридцать шесть детей. Но с сыном вся моя педагогика и психология не срабатывает. Он – особенный».

Этих детей называют по-разному – гиперактивными, импульсивными, расторможенными; можно привести еще целый спектр медицинских диагнозов, которые им ставили на протяжении всех этапов развития детской психиатрии. Сейчас эксперты остановились на термине *«синдром дефицита внимания и гиперактивности»* (в русскоязычном пространстве утвердилась аббревиатура СДВГ, в англоязычном – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD), также синонимом является гиперкинетическое расстройство. Но в конце концов в ярлыках ли суть? Не является ли более важным *понимание* этих детей – их общих особенностей и неповторимой индивидуальности, стремления к росту и самореализации, но одновременно и осознание той угрозы и опасностей, которые могут помешать их полноценному развитию. Мы нуждаемся в таком понимании, чтобы помочь детям на их пути… Но, наверное, прежде всего нам необходимо верить в них, верить в то, что они, как и каждый ребенок, приносят с собой в этот мир нечто уникально важное и

ценное, что своей жизнью они, как и каждый человек, призваны сделать мир лучше и счастливее… А для того, чтобы исполнить свою миссию, они нуждаются в любви и мудром воспитании, поддержке и помощи со стороны взрослых.

Вероятно, все мы хотя бы частично знакомы с этими детьми благодаря известному персонажу детского мультфильма Пете Пяточкину[1]. В нем присутствуют типичные признаки этого расстройства – он гиперактивный, пребывает в беспрерывном движении и, по словам воспитательницы, «в этом мальчике, как в пушистом зайчике, спрятана необычайная прыгучая пружина». Именно из-за этой чрезмерной активности Петя создает постоянные проблемы вокруг себя: он сбивает ведро соседке, родители должны постоянно его контролировать, чтобы он куда-нибудь не сбежал, в детсаду он все переворачивает и не поддается контролю и управлению. В Пете присутствует также и импульсивность, типичная для детей с СДВГ, – увидев на противоположной стороне улицы собачку, он, не думая, не оглядываясь, не считаясь с опасностью и нарушая правила, перебегает улицу. А еще очевидны проблемы с вниманием – увлеченный игрой, мальчик просто не слышит воспитательницу… Мультфильм с блестящей точностью указывает на то, что может помочь Пете – мудрый педагогический подход, основанный на любви, терпении, понимании. Однако, к сожалению, в жизни изменения наступают не так быстро, как в мультфильме, и становятся следствием длительного, последовательного воспитания…

В мультфильме Петя Пяточкин является положительным персонажем и вызывает симпатию. И это правда: дети с СДВГ имеют много положительных черт – они, как и Петя, часто искренни, непосредственны, доброжелательны, энергичны; однако в их поведении есть и много такого, что создает проблемы для них самих и вызывает отрицательную реакцию окружающих: отвержение, осуждение, непонимание. Именно поэтому полноценное развитие таких детей, их будущая самореализация стоят под угрозой. И цель этой книги – помочь понять этих детей и опыт семей, в которых они воспитываются, – чтобы поддержать и помочь, чтобы в конце концов эти дети могли найти себя в этом мире и чтобы их жизнь ***состоялась*** в глубочайшем смысле этого слова…

Лучше всего будет начать эту книгу с нескольких историй реальных детей, которые участвовали в программе центра «Джерело» для детей с поведенческими расстройствами. Эти истории – приглашение войти в мир детей с СДВГ – мир, чем-то и похожий во всех этих историях, но вместе с тем и

неповторимый…

Саша – мечтатель. Его фантазия летит со скоростью света. Мама рассказывает, что сын постоянно что-то придумывает – и сразу старается воплотить свои фантазии в жизнь: от игры в Тарзана до построения космического корабля. Но, к сожалению, много важных дел, прежде всего школьные домашние задания, Саша не заканчивает, оставляет на полпути – там, где работа малоинтересная, мальчику часто не хватает настойчивости. Впрочем, и сам Саша, а не только его фантазия летит на высочайших скоростях – с раннего детства он в постоянном движении: прыгает, бегает, не может усидеть на одном месте, все переворачивает. В школе это создает настоящие проблемы: на уроках копошится, вертится, может подняться с места без разрешения, залезть под парту. Вдобавок, на уроке часто рассеян, невнимателен, может разговаривать сам с собой вслух, петь. Это потешает детей, но отнюдь не учителей: из двух школ родителей попросили забрать Сашу за постоянные срывы уроков…

История **Игоря** во многом похожа: у него тоже гиперактивность и нарушения внимания, и тоже школьные проблемы – за пять лет обучения мальчик сменил пять школ. Везде за «срывы уроков», «драки» и «хулиганство». Из последней школы Игоря исключали согласно коллективной петиции родителей одноклассников. Особенная проблема Игоря – он не контролирует свои чувства: с ранних лет, как только что-то было не так, – истерики, приступы «злости»; едва в школе его кто-то «зацепит» – взрывается, словно вулкан, либо на уроке, либо на глазах у директора… «Но в душе он незлой, – говорит мама. – Он так же будет неудержимо добр, если его что-то растрогает. Он может из сочувствия и сострадания отдать все свои карманные деньги старенькой бабушке, которая протягивает руку. Я недавно плакала – он так искренне меня утешал…» У Игоря также много трудностей в отношениях с родителями: «К нему по тридцать раз нужно обращаться, чтобы послушался и сделал то, что просишь; и вообще, все делает по настроению, из-за этого мы часто конфликтуем…»

Сейчас Игорь занимается дома по индивидуальной учебной программе, пока родители ищут новую школу. У него нет друзей во дворе. Там над ним любят подшучивать и «провоцировать», зная его вспыльчивый характер. Чаще всего он сидит дома один. Любит готовить. На занятиях психотерапевтической группы для детей рассказывает, что, когда вырастет, станет либо боксером («я побью тех, кто обзывает меня психопатом»), либо поваром

(«открою свою пиццерию»). А когда серия групповых встреч закончилась и дети символически показывали жестом, что хотят подарить друг другу на прощание, Игорь показал жестом особенный дар – свое сердце…

Юля любит рисовать. Она рисует свои книги и придумывает истории. Почти все они о девочке и ее друзьях – лесных животных. Рисование настолько захватывает девочку, что она может долго быть сосредоточенной и тихой. А на уроках девочка преимущественно рассеянна и невнимательна. Ее успеваемость в школе очень непостоянна. Учительница часто жалуется, что Юля на уроках «не работает», «витает где-то в облаках». «То же с домашним заданием, – говорит мама. – Мне нужно сидеть над ней и постоянно напоминать: сосредоточься, будь внимательной. И я знаю, что она может, она просто не хочет. Юля, словно малый ребенок, – хочет делать лишь то, что ей нравится, и не понимает слова «надо». Я безмерно устала от того, что каждый день должна по четыре часа делать с дочкой домашние задания – у меня такое впечатление, что это я учусь в школе…»

Двигательная гиперактивность у Юли выражена незначительно, вместе с тем она «гиперговорливая» – говорит действительно очень много, в общении и с детьми, и со взрослыми очень непосредственна и искренна. Юлина потребность говорить значительно затрудняет ее способность слушать – девочка перебивает, хочет сказать свое и не дает высказаться другим. Возможно, именно из-за этого у нее мало друзей. «Со мной не хотят дружить, – сознается Юля. – Они смеются надо мной и говорят, что я больная на голову…»

Улыбка **Андрея** способна обезоружить каждого. Он будто двойник Пети Пяточкина – добрый, искренний, открытый и «невинно непослушный». Так же, как и Петя, Андрей в беспрерывном движении – мечтает стать гонщиком. Не во снах, а в реальности он хочет поехать в Африку, где, кроме слоников, хотел бы увидеть и всех других зверей и принять участие в авторалли по Сахаре. Доброта Андрея безгранична – по словам мамы, «он отдаст последнюю рубаху», а его любимое дело – помогать людям. Наибольшая трудность Андрея – плохая самоорганизация: он все теряет, забывает, не успевает. «Я словно его личный ассистент по организации времени, – улыбается мама. – Постоянно должна все напоминать, проверять, контролировать». От его «дезорганизованного и хаотичного» стиля жизни, кажется, больше всех страдает старший брат, который однажды признался маме, что, когда вырастет, хотел бы

жить отдельно от Андрея…

У мальчика также проблемы в школе с поведением на уроках и не только. Его дневник исписан замечаниями. Впрочем, классный руководитель говорит об Андрее не без симпатии: «Он очень неорганизованный, шумный, с ним все время случаются какие-то происшествия. Но вместе с тем добрый и отзывчивый. Когда я сказала Андрею, как я устала делать ему замечания, он искренне сознался: «Дарья Алексеевна, вы поймите, я честно вам говорю, я хочу быть послушным, очень хочу, но что-то мне не дает…»

Захар тоже гиперактивный и импульсивный. И у него тоже много проблем «в мире людей». И тоже нет друзей, постоянные замечания за поведение, давление на маму с требованием забрать ребенка из «престижной» школы. Захар любит динозавров и ботанику. И он, в отличие от большинства гиперактивных мальчишек, которые типично хотят стать гонщиками, хочет стать ботаником. «С растениями легче, чем с людьми», – тихо вздыхает он. А еще рисует отца с крыльями. Я спрашиваю, почему с крыльями. Отвечает: «Потому что папа сейчас далеко и я хочу, чтобы он как можно скорее прилетел к нам…»

А вот дома у Захара больших проблем нет. «Да, он слишком активный, да, мне нужно его контролировать и помогать с уроками больше, чем дочке, но в целом он очень добрый, помогает мне по дому, хотя иногда и надо с ним построже. Мы с ним друзья. Он моя опора, потому что муж сейчас далеко на заработках. И меня мой сын вполне устраивает, хотя я и понимаю, что он может не всегда устраивать других…»

Родители **Ростика** пришли на консультацию в отчаянии. «У нас в семье постоянные крики. Наш Ростик неуправляемый. Он делает что хочет. Он безответственный. Эгоист. Он нас обманывает. Выносил из дома деньги, чтобы покупать друзьям чипсы. Он нас не уважает. Грубит. Не хочет учиться. Он постоянно все ломает и уничтожает». В рассказе родителей ощущаются большое напряжение и усталость, и даже отчаяние… «Он у нас один, вы понимаете, мы уже к стольким специалистам обращались, и нам никто не может ни объяснить, что с ним, ни посоветовать, как помочь. Возможно, мы плохие родители, делаем что-то не так?» Через некоторое время на одной из консультаций мама признается: «Я просто не выдерживаю. Я люблю его, но его поведение превращает меня в зверя. Мне уже в который раз ночью снится сон, что я его убиваю. Мне страшно…»

А Ростик будто клоун – даже на консультации он все

превращает в шутку. Его улыбка, мимика, жесты исполнены артистизма и театрального совершенства опытного артиста цирка. И неудивительно – ведь в школе все время «репетиции и выступления». Это, кажется, единственный способ, который мальчик нашел для того, чтобы привлечь к себе внимание одноклассников и занять свое место в коллективе. Однако его несерьезность – это то, что на поверхности. В разговоре наедине он сказал: «Я – хроническое разочарование для всех. Я какой-то не такой, у меня какие-то мозги дурные». И дал удивительный ответ на тестовый вопрос о трех мечтах: «Не разливать молоко. Не злить маму. Не злить папу». А когда вырастет, хочет стать, как папа, – таксистом-гонщиком…

А **Тарас** не хочет вырастать, чтобы кем-то стать. «Я хочу превратиться в ледяную сосульку. Чтобы растаять – и чтобы никто не смог меня найти…»

Эта книга написана с мечтой о том, что Тарас, Саша, Юля и многие другие дети не захотят превращаться в сосульку, а будут счастливо расти и со временем станут хорошими людьми. Что их добрые мечты будут осуществляться, а их таланты – раскрываться и реализовываться. Что они смогут за жизнь нарисовать не один счастливый рисунок, найти друзей и в конце концов свое место в этом мире. Так как они не только дети, которые создают особенные трудности, они также дети с особенными способностями и многими положительными чертами. Без их радости и любви к жизни, неисчерпаемого энтузиазма и непосредственности этот мир будет тусклее и беднее, в нем не будет хватать чего-то очень хорошего… Но без соответствующей поддержки их положительные качества могут не раскрыться, а жизнь – не состояться. Эти дети нуждаются в понимании и помощи. Нуждаются они. Нуждаются также и их родители. И именно об этом книга – как понять этих детей и как помочь им на их пути в Жизнь…

Часть I
Природа СДВГ

Первый и самый важный шаг в помощи детям с СДВГ – понимание природы этого расстройства.

Samuel Goldstein

Что такое СДВГ?

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность. На слове «полиморфный» хочется сделать особое ударение, поскольку в действительности нет двух одинаковых детей с СДВГ, у этого синдрома много лиц и широкий спектр возможных проявлений.

Это психиатрическое расстройство – его причиной, вопреки распространенным мифам, являются особенности строения и функционирования головного мозга, а не плохое воспитание, аллергия и т. п. Настоящая причина состоит либо в генетических факторах (в преобладающей части случаев), либо в перинатальном поражении центральной нервной системы. Именно поэтому СДВГ – это расстройство развития, а не просто «невинные» особенности темперамента ребенка, и его проявления присутствуют с раннего детства, они «встроены» в темперамент, а не приобретаются со временем и не носят временный характер. В этом СДВГ отличается от «эпизодических» психиатрических расстройств, например, таких как депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство и других. О расстройстве мы говорим потому, что такие черты как гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания *выражены несоответственно возрасту,* и эти черты приводят к *серьезным нарушениям функционирования* ребенка в основных сферах жизни.

Этот пункт нуждается в дополнительных объяснениях, поскольку такие черты, как двигательная активность, невнимательность, импульсивность являются нормальными (особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте). У детей с так называемым активным темпераментом эти черты выражены сильнее. Однако если они в целом не создают для детей и их окружения больших проблем – ни в семье, ни в школе, ни в среде ровесников, и не приводят к нарушениям поведения, учебы, социального развития, то *об СДВГречь не идет.* СДВГ – крайнее проявление спектра «активного» темперамента, при котором гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания выражены настолько сильно, что значительно затрудняют обучение, социальную адаптацию и в целом психологическое развитие ребенка. Это специфическая характеристика СДВГ, поскольку, в отличие от многих других расстройств, сопровождающихся аномальными проявлениями (например

галлюцинации при шизофрении), СДВГ является скорее спектральным расстройством, чрезмерным проявлением особенностей, характерных и для нормального поведения. Это создает определенные трудности в диагностике, особенно при легких формах СДВГ, ведь граница между нормой и патологией очень условна… В этом СДВГ можно сравнить с другими спектральными медицинскими расстройствами, в частности, с ожирением – границы между нормальным весом, избыточным весом и ожирением как болезнью довольно условны; впрочем, реальность ожирения как болезни невозможно недооценить или отвергнуть.

Эта особенность СДВГ дает и определенную возможность дестигматизации таких детей, позволяет представлять родителям и детям эту проблему не как психиатрический диагноз-ярлык, указывающий на их «дефективность» и «анормальность» (в украинском обществе, как и в обществах большинства постсоветских стран, стигматизация лиц с психиатрическими расстройствами, к сожалению, очень распространена), а скорее как расстройство, являющееся продолжением спектра активного темперамента, при этом, конечно, не преуменьшая ни реальности нарушения и связанных с ним проблем, ни важности своевременного и эффективного вмешательства.

СДВГ – нарушение развития, и его можно сравнить с другими нарушениями развития, например с умственной отсталостью. При умственной отсталости уровень интеллектуального развития ребенка ниже, чем у ровесников, и это приводит к трудностям, связанным с социальной адаптацией, самостоятельностью и т. п. Взрослея, такой ребенок приобретает новые знания, его интеллектуальный уровень повышается, но все равно остается ниже, чем у ровесников. При СДВГ нарушается контроль, способность головного мозга к организации и самоконтролю поведения. Соответственно, с возрастом у детей с СДВГ эта способность также улучшается, однако остается ниже, чем у ровесников. Согласно данным последних исследований (их подробный анализ представлен в главе об этиологии расстройства), у детей с СДВГ наблюдается замедленное созревание функций лобной коры. Исследования показали, что их мозг развивается в соответствии с теми же особенностями и закономерностями, что и у ровесников, но созревание функций лобной коры происходит медленнее. При более легких формах СДВГ (а их около 30–40 % от общего количества) к подростковому возрасту эти дети догоняют своих ровесников, в остальных же случаях дети с СДВГ будут иметь признаки нарушенного самоконтроля и в зрелом возрасте.

Спектральность СДВГ стала причиной наличия разных представлений в детской психиатрии относительно тех границ спектра, которые можно называть собственно расстройством. Существуют две наиболее распространенные диагностические классификации – DSM-IV и МКБ-10, которые несколько по-разному подходят к диагностике СДВГ. Границы DSM-IV шире и включают также и те более легкие формы расстройства, где присутствуют лишь симптомы нарушения внимания или же только гиперактивности – импульсивности. Соответственно, в этой системе выделяется три подвида СДВГ: комбинированная форма, форма с доминирующим нарушением внимания и с доминирующей гиперактивностью – импульсивностью.

Критерии МКБ-10 более узкие, строгие (в этой системе как синоним СДВГ употребляется термин «гиперкинетическое расстройство») и охватывают только те более тяжелые формы расстройства, которые соответствуют комбинированной форме СДВГ по DSM-IV.

Неудивительно, что в клинической практике система DSM-IV используется чаще, ведь она позволяет идентифицировать и более легкие формы СДВГ и правильно выбирать методы коррекции, поскольку эти условно «легкие» формы тем не менее могут сопровождаться серьезными вторичными проблемами и приводить к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни.

Впрочем, вопрос существования подтипов СДВГ, их этиопатогенетического и прогностического различий находится сегодня в фокусе научных исследований, и в ближайшее время это, возможно, приведет к новому пониманию природы расстройства и его полиморфности, а также к изменениям в системе классификации.

Сейчас же важно осознать, что суть диагностических ярлыков не в том, чтобы «навешивать» их на детей, переставая при этом видеть индивидуальность в ее неповторимости, а в том, чтобы иметь возможность понимать особенности конкретного ребенка и знать, как ему помочь в преодолении трудностей.

Диагностические критерии СДВГ/ гиперкинетических расстройств по международной классификации болезней (МКБ-10, ВОЗ, 1999)

/F90/ Гиперкинетические расстройства

Расстройства, относящиеся к этой группе, характеризуются ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо поддающегося регуляции поведения с выраженной невнимательностью и

отсутствием у ребенка настойчивости в выполнении задач, причем эти характеристики поведения отличаются постоянством в различных ситуациях и с течением времени.

Считается, что конституциональные аномалии играют ключевую роль в генезе этих расстройств, однако их специфическая этиология до настоящего времени остается неизвестной. В последние годы для обозначения этих синдромов предлагалось использовать диагностический термин «синдром дефицита внимания». Он так и не был внедрен, поскольку подразумевал наличие знаний о психологических процессах, которыми мы пока не обладаем. Этот термин предполагал и включение в его сферу тревожных, чем-то озабоченных, «мечтательных» или апатичных детей, также отличающихся сниженным вниманием, возникшим в связи с совершенно другими проблемами (нарушениями). Тем не менее совершенно ясно, что с точки зрения поведения проблемы расстройства внимания составляют центральную особенность гиперкинетических расстройств.

Гиперкинетические расстройства всегда начинаются на ранних этапах развития (обычно в течение первых пяти лет жизни). Их основными характеристиками являются отсутствие настойчивости в занятиях, требующих использования когнитивных функций, и тенденция переходить от одного вида деятельности к другому, не завершая начатых дел. Наряду с этим типична дезорганизованная, почти не управляемая, чрезмерная активность. Эти проблемы обычно продолжаются на протяжении всех школьных лет, а иногда и во взрослом возрасте, однако у многих лиц, страдающих этими расстройствами, наблюдается улучшение состояния, касающееся как поведения, так и внимания.

Перечисленные нарушения могут сочетаться со многими другими отклонениями. Гиперактивные дети зачастую проявляют безрассудство и импульсивность, подверженность несчастным случаям и травмам. Нередко они навлекают на себя неприятности и наказания – скорее из-за необдуманного нарушения правил, чем вследствие сознательного пренебрежения ими или намеренного непослушания. Во взаимоотношениях со взрослыми этим детям нередко

свойственна социальная расторможенность, излишняя развязность в общении, им недостает естественной осторожности и сдержанности. У своих сверстников они обычно не пользуются популярностью, их недолюбливают, что может в конце концов привести к социальной изоляции. Среди этих детей распространены когнитивные нарушения, непропорционально часто встречаются специфические задержки моторного и речевого развития.

<…>

Частота гиперкинетических расстройств у мальчиков в несколько раз превышает их частоту у девочек. Нередко этим расстройствам сопутствуют затруднения при чтении (и/или другие трудности в учебе).

Диагностические критерии

Основными симптомами являются нарушение внимания и чрезмерная активность. Для установления диагноза необходимо наличие обоих симптомов, и они должны проявляться более чем в одной ситуации (например дома, в классе, в клинике).

Нарушение внимания выражается в том, что ребенок прерывает выполнение заданий на середине и не доводит до конца начатые дела, постоянно переходит от одного занятия к другому, и выглядит это так, будто он теряет интерес к предыдущему делу, отвлекаясь на следующее (хотя результаты лабораторных исследований не всегда показывают значительную степень сенсорной или перцептивной отвлекаемости). Такой дефицит настойчивости и внимания следует принимать во внимание при диагностике, только если он является чрезмерным для ребенка данного возраста и с соответствующим коэффициентом интеллектуального развития.

Чрезмерная активность подразумевает избыточную подвижность и непоседливость, особенно в ситуациях, требующих относительного покоя. В зависимости от ситуации ребенок может бегать и прыгать, вскакивать с места, когда следует сидеть, чересчур много разговаривать и шуметь, или беспокойно двигать руками и ногами, вертеться и ерзать на стуле. Стандартом для диагностики должна являться гиперактивность ребенка в сравнении с тем, что ожидается в ситуации и с другими детьми того же возраста и уровня интеллектуального

развития. Эта особенность поведения становится очень заметной в структурированных, организованных ситуациях, требующих высокого уровня самоконтроля поведения.

Сопутствующие симптомы недостаточны и даже необязательны для установления диагноза, но помогают в его подтверждении. Расторможенность в социальных отношениях, безрассудство в ситуациях, угрожающих опасностью, и импульсивное нарушение социальных правил (проявляющееся, например, в том, что ребенок вмешивается в дела других людей или мешает им, «выпаливает» ответ, когда вопрос еще не задан до конца, не может подождать своей очереди), – все эти особенности характерны для детей с данным расстройством.

<…>

Характерные проблемы с поведением должны отличаться ранним началом (до 6 лет) и стойкостью во времени. Вместе с тем до поступления в школу гиперактивность трудно распознать из-за широкого диапазона вариантов нормы: только наиболее выраженные ее формы приводят к установлению данного диагноза детям дошкольного возраста.

Выводы

• Основными проявлениями СДВГ являются гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность.

• При СДВГ эти симптомы выражены несоответственно возрасту и приводят к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни.

• СДВГ является спектральным расстройством и представляет собой крайние степени континуума «активного» темперамента и нормальных особенностей поведения детей.

• С целью точной диагностики и дифференцирования СДВГ и нормального поведения применяются диагностические системы с четко очерченными критериями.

• Две основные диагностические системы DSM-IV и МКБ-10 несколько по-разному охватывают спектр этого расстройства: первая более широко, а вторая включает лишь более тяжелые формы этого расстройства.

СДВГ – обзор проблемы

В 2004 году Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) признала СДВГ «проблемой № 1» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков. Это может казаться странным, ведь если для нас дети с СДВГ – это всего лишь милый в своей «непослушности» Петя Пяточкин из известного мультфильма, которому достаточно один раз осознать последствия своих поступков, и его поведение исправится, то трудно постичь, почему проблемы «Пяточкиных» приобретают такой вес. Научные исследования последних десятилетий, как и накопленный клинический опыт, заставили отойти от многих предыдущих представлений об СДВГ – в частности, как о расстройстве исключительно детского возраста, которое в целом не создает никаких серьезных проблем, так что еще и неизвестно, нужно ли его классифицировать как расстройство. Возможно, именно из таких представлений происходили распространенные советы родителям ждать, пока «ребенок перерастет» и «оставить его в покое – просто мальчишка нуждается в движении». Факты, достоверность которых уже никто не ставит под сомнение, поскольку они подтверждены не одним исследованием и не в одной стране, заставляют переосмыслить важность проблемы СДВГ и действовать.

Для начала – статистические данные относительно эпидемиологии расстройства. Согласно им, СДВГ является одним из наиболее распространенных поведенческих расстройств у детей. По широким критериям DSM-IV распространенность СДВГ составляет по данным разных исследований от 3 до 20 % (обзор в ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 67–71), официальный показатель в самой DSM-IV – 3–5 %. То есть по меньшей мере каждый тридцатый ребенок имеет СДВГ, а это реально значит, что в каждом классе общеобразовательной школы есть по крайней мере один такой ученик. Даже по более строгим критериями МКБ-10 распространенность расстройства по данным разных исследований не ниже чем 1,5 % (***Taylor, Doepfner, Sergeant et al.,*** 2004). По официальным данным 2002 года Центра контроля и предупреждения заболеваний в США у 7 % детей в возрасте от 6 до 11 лет был диагностирован СДВГ – итого 1623 миллиона детей! Поэтому неудивительно, что в США, например, СДВГ является главной причиной обращений к детским психиатрам. Причем статистические данные относительно распространенности СДВГ в разных странах различаются мало – отклонения составляют в пределах 1–2 % ***(Barkley,*** 1996. С. 61–

66). Однако, к сожалению, вопреки такой распространенности, это расстройство часто диагностируется несвоевременно, неверно или же вообще не выявляется – соответственно большая часть детей не получает своевременной и надлежащей помощи. В частности Taylor ***(Taylor, Doepfner, Sergeant et al.,*** 2004. С. 9) отмечает, что во многих европейских странах показатель СДВГ в официальных отчетах близок к нулю, что реально говорит о ненадлежащем диагностировании этого расстройства.

СДВГ не является расстройством исключительно детского возраста – ведь у большинства детей оно не проходит (хотя проявления несколько изменяются), и допускается, что 2–3 % взрослых имеют СДВГ ***(Barkley,*** 1996). То есть реально, согласно данным исследований, большая часть детей с СДВГ не избавится от него и в подростковом (70–80 %) и в зрелом возрасте (50–65 %) ***(Barkley,*** 1996. С. 114–125). Таким образом, СДВГ может проявляться в течение всей жизни, – в какой-то мере мы можем приравнять его к другим пожизненным расстройствам развития, например, ДЦП или умственной отсталости, с той лишь разницей, что ограничения ребенка с СДВГ менее видимы. Хотя эти дети имеют реальные, биологически обусловленные трудности в управлении и организации собственного поведения на протяжении всей жизни, как правило, это не принимается во внимание. Окружающие объясняют проблемное поведение злым умыслом ребенка или ненадлежащим воспитанием в семье.

Пожизненный характер этого расстройства и те ограничения, которые оно обусловливает, могут приводить (при отсутствии должного понимания, поддержки и компетентной помощи) к серьезным вторичным последствиям. Одной из главных причин признания СДВГ основной проблемой детской психиатрии является то, что его, к сожалению, очень часто неверно диагностируют и неверно лечат во всем мире. А без надлежащей помощи в неблагоприятной среде СДВГ может содействовать развитию у ребенка негативной самооценки, нарушать социальную адаптацию, вызывать вторичные психиатрические заболевания *(Sandberg,* 2002; *Weiss, Hechtman, Weiss,* 1999; *Barkley,* 1996; *Goldstein,* 1998).

Наличие у ребенка СДВГ значительно повышает риск возникновения вторичных проблем, таких как:

✓ проблемы с успеваемостью и поведением в школе;

✓ повышенный риск возникновения антисоциального поведения и криминальных действий, принадлежность к антисоциальным группировкам – как в детстве, так и в подростковом и зрелом возрасте;

✓ проблемы в межличностных отношениях, социальная изоляция – как в детстве, так и в зрелом возрасте;

✓ проблемы с психическим здоровьем – значительно повышен риск многих психических расстройств у детей и взрослых с СДВГ, в частности таких как злоупотребление/зависимость от психоактивных веществ, тревожные расстройства, расстройства настроения, личности и др.

✓ склонность к рискованному поведению – как следствие, люди с СДВГ, в частности в подростковом и зрелом возрасте, гораздо чаще становятся «продюсерами» и жертвами несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий, у них повышен риск незапланированной подростковой беременности, заражения венерическими заболеваниями и т. п.

Это, разумеется, лишь краткий обзор возможных трудностей. В дальнейшем прогноз развития ребенка с СДВГ будет проанализирован подробнее.

Понятно, что цена этих вторичных расстройств для ребенка, его семьи и общества в целом очень высока. Следует отметить, что большинство проблем не является приговором для ребенка и поддается терапии; более того – их можно предупредить при условии оказания своевременной, компетентной помощи. И такая помощь есть, ведь СДВГ – одно из наиболее исследованных поведенческих расстройств, которому посвящены тысячи научных статей, десятки монографий, многочисленные конференции, симпозиумы и т. д.

На основе большого количества исследований и накопленного клинического опыта разработаны современные научно обоснованные методы терапии, в случае их грамотного применения можно значительно уменьшить выраженность симптомов расстройства и предупредить вторичные осложнения – и таким образом улучшить прогноз жизни семьи, ребенка и общества.

При наличии соответствующей поддержки дети с СДВГ могут иметь счастливое, полноценное будущее. Внедрение программ помощи таким детям на общественном, государственном уровне является чрезвычайно важным делом, ведь это может действительно уменьшить множество общественных проблем и улучшить психическое здоровье общества в целом.

Важность проблемы СДВГ связана также и со многими ***спекуляциями*** и ***мифами*** вокруг этого расстройства, которые

могут значительно осложнить своевременное выявление и оказание эффективной помощи. «Циркулирование» этих мифов и многих противоречивых псевдонаучных спекуляций как в сети Интернет, так и в общественном сознании приводит в недоумение родителей и специалистов и часто толкает к применению псевдонаучных методов лечения, на которые безрезультатно тратятся время, энергия и финансовые ресурсы семьи.

Одним из наиболее распространенных мифов является ***полное отрицание СДВГкак*** реальной проблемы. Часто родителям приходится слышать, в том числе и от специалистов, что в действительности нет «ничего страшного, с возрастом пройдет», или же «это на самом деле никакой не диагноз, вы прикрываетесь им, проблема кроется в воспитании». На самом деле в большинстве случаев ребенок СДВГ не перерастает, и легким он не является, учитывая постепенное накопление вторичных проблем. Пассивное ожидание приводит лишь к потере ценного времени, ведь чем раньше производится вмешательство, тем оно эффективнее. Происхождение этого мифа может быть частично связано со смешением понятий активного темперамента и СДВГ. Как упоминалось выше и о чем будет подробнее говориться далее, дети с активным темпераментом не в такой мере гиперактивны, невнимательны и импульсивны, чтобы это приводило к значительным нарушениям в основных сферах жизни – обычно они хорошо адаптированы и в школе, и в семье, и в среде ровесников. Основной же характеристикой детей с СДВГ является чрезмерное и не соответствующее возрасту выражение гиперактивности, невнимательности и импульсивности, что приводит к дезадаптации с вторичными нарушениями обучения, социальных отношений и т. д.

Другой миф: родители неправильно воспитывают ребенка **—** необходима большая строгость, а порой совет звучит еще определеннее – «кнут и пряник». Так, применение родителями неадекватных дисциплинарных методов (как авторитарных, чрезмерно жестких, так и весьма мягких и непоследовательных) может усиливать проблемное поведение детей с СДВГ и содействовать возникновению вторичных проблем – в частности оппозиционного и антисоциального поведения; но само по себе родительское воспитание не является причиной СДВГ, его природа биологическая. А физическое насилие как дисциплинарный метод вообще противопоказано в отношении этих, да и всех остальных детей. Вредной является и исходная обвинительная позиция по отношению к родителям, ведь она никоим образом не поддержит их в общем со специалистами поиске решения проблемы, а лишь усугубит недоверие к

последним и добавит родителям и без того часто присутствующее чувство вины.

Обвинение может быть направлено и на самого ребенка. Например, нередко можно услышать: «Из него ничего не получится, он по характеру злой, ленивый, безответственный и эгоистичный, он таков по натуре, его не изменишь; у него в генах заложено, что из него вырастет бандит и т. п.» И тогда родителям остается разве что опустить руки или обвинять друг друга, в кого он такой уродился, что, естественно, не приводит к улучшению состояния ребенка. В этом случае просто необходимо объяснять, что, хотя причины расстройства биологические и их не изменишь, прогноз развития ребенка, его будущее в первую очередь зависит от психосоциальных факторов, а прежде всего – от самих родителей.

Следующий миф касается ***методов лечения.*** В нашей стране, к сожалению, медицина еще только переходит на научно обоснованные протоколы терапии, базирующейся на наличии доказательств эффективности тех или других методов. А потому и лечение СДВГ часто проводится в соответствии со стандартами 50-летней давности: успокоительные лекарства (которые в действительности в меньших дозах скорее растормаживают детей с СДВГ или же в больших – подавляют когнитивные функции), ноотропные и нейрометаболические препараты (эффективность которых при СДВГ не доказана), не говоря уже о разных «парамедицинских» и псевдонаучных методах. Кроме того, у нас крайне мало специалистов, которые компетентно применяют поведенческую терапию и обучают ей родителей и учителей ребенка – а именно это остается основным действенным психосоциальным методом помощи детям с СДВГ.

Мифичность расстройства связана и с исторически обусловленным ***большим количеством названий, которые имело это расстройство***: постэнцефалитное расстройство поведения, минимальная мозговая дисфункция, синдром психомоторной расторможенности, расстройство дефицита внимания, гиперкинетическое расстройство, СДВГ и т. д. Сегодня ведется дискуссия о том, что термин «СДВГ» также не до конца верно отображает суть расстройства, главной проблемой которого является не столько сама гиперактивность или невнимательность, сколько биологически обусловленное расстройство развития самоконтроля, и, возможно, с накоплением нового понимания природы СДВГ будет принято и новое название расстройства. Такое большое количество названий, разумеется, запутывает иногда и родителей, и специалистов. А если учесть, что наука порой движется вперед значительно быстрее, чем социальное

сознание, то сопротивление новым подходам к диагностике, терминологии и стратегиям терапии может иметь свои корни не в информационной изоляции, а скорее в определенном ментальном консерватизме.

Еще один миф заключается в том, что это ***расстройство затрагивает исключительно мальчиков.*** Следует отметить, что, хотя среди детей, родители которых обращаются за помощью, соотношение мальчиков и девочек действительно значительно выше в пользу первых – в среднем от 9:1 до 6:1, данные исследований в общей популяции школьников показывают, что разрыв в распространенности этого расстройства у мальчиков и девочек на самом деле значительно меньше – примерно 3:1 (подробный обзор данных исследований на эту тему представлен у ***Barkley,*** 1996, С. 65–66). Причиной такого различия между клиническими и неклиническими выборками считают несколько отличающуюся презентацию СДВГ у мальчиков и девочек и значительно большую выраженность вторичных поведенческих проблем – прежде всего в форме агрессивного поведения – у мальчиков. Вместе с тем у девочек более выражены так называемые интернализованные вторичные осложнения в форме заниженной самооценки, депрессии, тревожных расстройств. Таким образом, у девочек СДВГ значительно чаще, чем у мальчиков, не выявляется и не подвергается своевременному лечению, поскольку проявляется у них в другой, зачастую ошибочно кажущейся более легкой, форме. Об этом подробнее говорится далее.

Наиболее распространенные мифы об СДВГ

✓ СДВГ – это в действительности не расстройство, а искусственно созданная проблема, которая не требует никаких терапевтических вмешательств.

✓ СДВГ является следствием плохого воспитания, виной родителей.

✓ СДВГ является проявлением врожденного «злого» (ленивого, эгоистического и т. п.) характера ребенка, который невозможно изменить.

✓ Дети с СДВГ вырастут «психопатами» и преступниками.

✓ СДВГ – исключительно детское расстройство и ребенок его «перерастает».

✓ СДВГ встречается в основном у мальчиков.

Выявить СДВГ нелегко в силу множества факторов. Трудности своевременного выявления связаны прежде всего с полиморфностью этого расстройства – оно имеет много лиц и

масок, его клиническая презентация очень многообразна. СДВГ – расстройство с высоким показателем коморбидности, то есть наличия сопутствующих психиатрических расстройств. По данным исследований, по меньшей мере у 70 % детей с СДВГ присутствует как минимум еще одно сопутствующее психиатрическое расстройство (***Pliszka***, 1998; ***Gillberg, Gillberg, Rasmussen*** et al., 2004). Часто именно это расстройство выдвигается на первый план, маскируя саму симптоматику СДВГ. Таким образом, СДВГ является определенным клиническим вызовом для специалистов и требует высокого уровня компетенции для грамотной диагностики и терапии.

Следует также отметить, что это расстройство существенно влияет на жизнь семьи. По данным исследований уровень стресса, который переживает семья, где растет ребенок с СДВГ, значительно выше, чем в контрольной группе, и приближается к таковому при других формах нарушений развития ребенка, как, например, аутизме, умственной отсталости и др. ***(Breen, Barkley,*** 1988; ***Mash, Johnston,*** 1983). У родителей детей с СДВГ риск развития депрессии выше, часто занижена самооценка себя как родителей, возникают супружеские конфликты на почве вопросов дисциплины и воспитания детей ***(Lahey, Piacentini, McBurnett*** et al., 1988; ***Biederman, Munir, Knee*** et al., 1986). Семья ребенка с СДВГ нуждается в поддержке и помощи, и возможность воплощения терапевтических вмешательств, а также прогноз жизни ребенка зависят прежде всего от семейных факторов и эффективности партнерства между родителями и специалистами.

Таким образом, гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, видимо, не зря признано одной из основных проблем в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Выводы

• СДВГ признан в 2004 году Всемирной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных профессий «проблемой № 1» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

• СДВГ является одним из наиболее распространенных психических расстройств у детей, по данным разных исследований, оно наблюдается приблизительно у 3–5 % детей школьного возраста.

• СДВГ – хроническое расстройство, и у 70–80 % детей с СДВГ его симптомы будут присутствовать и в зрелом возрасте.

• При несвоевременной и неадекватной помощи СДВГ может приводить к серьезным вторичным осложнениям: школьной дезадаптации, нарушениям психологического развития, значительным поведенческим и социальным проблемам – как в

детстве, так и в зрелом возрасте.

• СДВГ является одним из наиболее полно исследованных психических расстройств, разработаны эффективные стратегии и методы его терапии. При надлежащей помощи и поддержке дети с СДВГ могут иметь счастливое, полноценное будущее.

• Тем не менее очень часто СДВГ не диагностируется, и большая часть детей с этим расстройством не получает соответствующей помощи.

• Вокруг СДВГ существует множество мифов и псевдонаучных спекуляций, которые осложняют своевременное выявление и эффективную терапию.

Причины СДВГ

СДВГ является неоднозначным расстройством и этиологически. Если несколько десятилетий назад причиной СДВГ в основном считали фактор органического поражения центральной нервной системы и говорили о минимальной мозговой дисфункции, то сегодня, с развитием молекулярной генетики, появляется все больше доказательств в пользу того, что в большинстве случаев СДВГ является расстройством генетической природы и связан, в частности, с генами, которые отвечают за регулирование обмена и активности двух нейротрансмиттеров – дофамина и норадреналина.

Рассмотрим последовательно разные гипотезы возникновения СДВГ и аргументы, подтверждающие или опровергающие их.

Одной из первых в историческом контексте была выдвинута ***гипотеза*** о том, что ***СДВГявляется следствием поражения ЦНС в раннем возрасте,*** в частности интра– и перинатальной гипоксии, воспалительных процессов, метаболических нарушений (например фенилкетонурии), действия токсичных веществ (отравление свинцом, следствия химиотерапии в раннем возрасте и др.). В вопросе о локализации нарушений предполагается, что речь идет в первую очередь о поражении лобной коры и подкорки (базальных ганглиев в частности). Доказательствами дисфункции лобной коры как этиологического фактора служат данные о наличии минимальных органических структурных дефектов, которые выявляются у части детей с СДВГ при компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитной резонансной томографии (яМРТ), а также результаты инструментальных исследований, обнаруживающие пониженную активность (данные позитронно-эмиссионной томографии – ПЭТ) и морфофункциональную незрелость с признаками корково-подкорковой дисфункции (данные электроэнцефалографии – ЭЭГ). Также следует отметить сходство симптомов СДВГ с синдромом поражения лобной доли у взрослых и у приматов. Доказательством теории об органическом поражении ЦНС как основной причине СДВГ служит и то, что у части детей с СДВГ в анамнезе присутствует фактор перинатального гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы; частота расстройства значительно выше у детей, которые родились недоношенными и с низкой для гестационного возраста массой тела (причем чем больше степень недоношенности, тем выше риск), а также у детей, которые перенесли энцефалит, менингит, черепно-мозговую травму в раннем детстве. (Детальный анализ данных исследований

относительно этиологии расстройства представлен у ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 199–226). Употребление матерью алкоголя/никотина во время беременности также приводит к повышению риска СДВГ у ребенка.

Однако, хотя эти признаки и выявляются у детей с СДВГ чаще чем у других, современные исследования говорят о том, что они не являются специфическими для этого расстройства и в значительной части случаев СДВГ отсутствуют вообще. В частности, в обзоре исследований, посвященных этой теме, Barkley делает вывод, что, вероятно, лишь у незначительной части детей фактор органического поражения центральной нервной системы является причиной СДВГ (1996. С. 95—105). Таким образом, гипотеза о поражении ЦНС в раннем возрасте как основной причине СДВГ не является достаточной для объяснения, что заставило исследователей выдвигать другие теории относительно причин расстройства.

Данные исследований структуры и функционирования центральной нервной системы у детей с СДВГ (согласно обзору *Barkley,* 2006)

✓ Данные МРТ: уменьшенный объем лобных полушарий (преимущественно справа), базальных ганглиев и червя мозжечка.

✓ Функциональная МРТ: отличия от типичной активности в лобных полушариях, базальных ганглиях, мозжечке.

✓ Нейропсихологические исследования: дефицит функций лобных долей мозга – функции поведенческого торможения, контроля внимания, особенно при наличии отвлекающих стимулов, исполнительных функций (интернализация языка, вербальная и невербальная рабочая память, эмоциональная и мотивационная саморегуляция, планирование и временная организация поведения, координации двигательной активности).

✓ Данные ЭЭГ: увеличение тета-активности и уменьшение бета-активности, в частности в лобных долях.

✓ Исследование церебрального кровотока (SPECT): уменьшенный поток в префронтальных зонах и путях от лобной коры к базальным ганглиям, лимбической системе и мозжечке. Под действием психостимуляторов кровоток в этих областях нормализуется.

✓ Данные ПЭТ: уменьшенный метаболизм глюкозы, в частности в лобных отделах коры.

Следующей ***гипотезой,*** получившей научное подтверждение, стало предположение о том, что СДВГ связано с ***нарушением обмена нейротрансмиттеров*** – дофамина и норадреналина, которые задействованы в передаче нервных импульсов, в частности играют главную роль в системе ***лобная кора – подкорковые образования (базальные ганглии) – лимбическая система.*** Основным доказательством этого был факт высокой клинической эффективности медикаментов, которые действуют на дофаминергическую и норадреналинергическую системы. В частности, психостимуляторы – лекарства, действующие специфически на эти нейротрансмиттерные системы, приводят к выраженному уменьшению симптомов СДВГ у 70–90 % детей с этим расстройством. Задействованность этих двух нейротрансмиттерных систем доказана и опытами на животных, показавшими, что искусственное блокирование рецепторов дофамина в лобной коре во время раннего развития ЦНС приводит к СДВГ-подобному синдрому. Последним доказательством стало выделение специфических генов, которые обнаруживаются у детей с СДВГ, и подтверждение того факта, что эти гены, собственно, и отвечают за обмен вышеупомянутых нейротрансмиттеров ***(Asherson,*** 2004).

Впрочем, еще до бурного развития молекулярной генетики на протяжении последних десятилетий существовали весомые доказательства ***генетической и наследственной природы СДВГ.*** Исследования родственников детей с СДВГ ***(Biederman, Faraone, Mick*** et al., 1986) показали, что у родителей и родных братьев/ сестер этих детей частота расстройства составляет около 25–35 % (то есть в 5–7 раз чаще, чем в среднем в популяции). Индекс конкордантности у близнецов составляет, по данным разных исследований, от 51 до 80 %, тогда как у двойняшек – около 33 % (обзор исследований в ***Asherson,*** 2004). Повышена частота СДВГ и у родственников второй степени[2]. Сравнительные исследования детей с СДВГ, которые были усыновлены, также показали, что у их биологических родителей, в отличие от приемных, был повышен показатель распространенности СДВГ.

Последними доказательствами генетической природы расстройства, которую на данный момент считают основной в большинстве случаев СДВГ, стало выявление конкретных генов, которые значительно чаще обнаруживаются у детей с этим расстройством. Это прежде всего гены, которые отвечают за систему дофамина и норадреналина (в частности ген дофамин-транспорта-зы /DAT 1 – 10 аллель/, ген D4 дофаминового рецептора /DRD4 – 7 аллель/, гены адренорецепторов /ADRA2A и ADRA2C/, гены моноаминооксидазы А и

катехолметилтрансферазы. Впрочем, как и для большинства современных психиатрических расстройств с генетической природой, СДВГ является полигенным расстройством: то есть его порождает, вероятнее всего, комбинация генов, а не один ген, и потому у разных детей с СДВГ могут быть разные комбинации генов из тех, которые считаются ответственными за наличие этого расстройства. Это объясняет клинически полиморфную картину расстройства, существование разных степеней тяжести и подтипов СДВГ, а также высокую частоту наличия коморбидных расстройств, значительная часть которых, вероятно, также имеет генетическую природу.

Следует отметить, что существует ряд гипотез относительно причин СДВГ, которые не нашли научного подтверждения. К ним относятся теории, связывающие СДВГ с воздействием инвазии гельминтов на ЦНС, с влиянием диеты, богатой углеводами и пищевыми добавками, с вестибулярной и гормональной дисфункцией, патологическими формами воспитания в семье и т. д.

Важно также вспомнить, что присутствие СДВГ у ребенка статистически связано с определенными характеристиками семьи ребенка, но это, вероятно, не этиологические факторы, а следствия или сопутствующие проблемы. Например, отмечаются такие факторы, как низкий социально-экономический уровень семьи; отсутствие высшего образования у матери; отсутствие отца; недостаточный медицинский уход во время беременности и пр. ***(Barkley,*** 1996. С. 109).

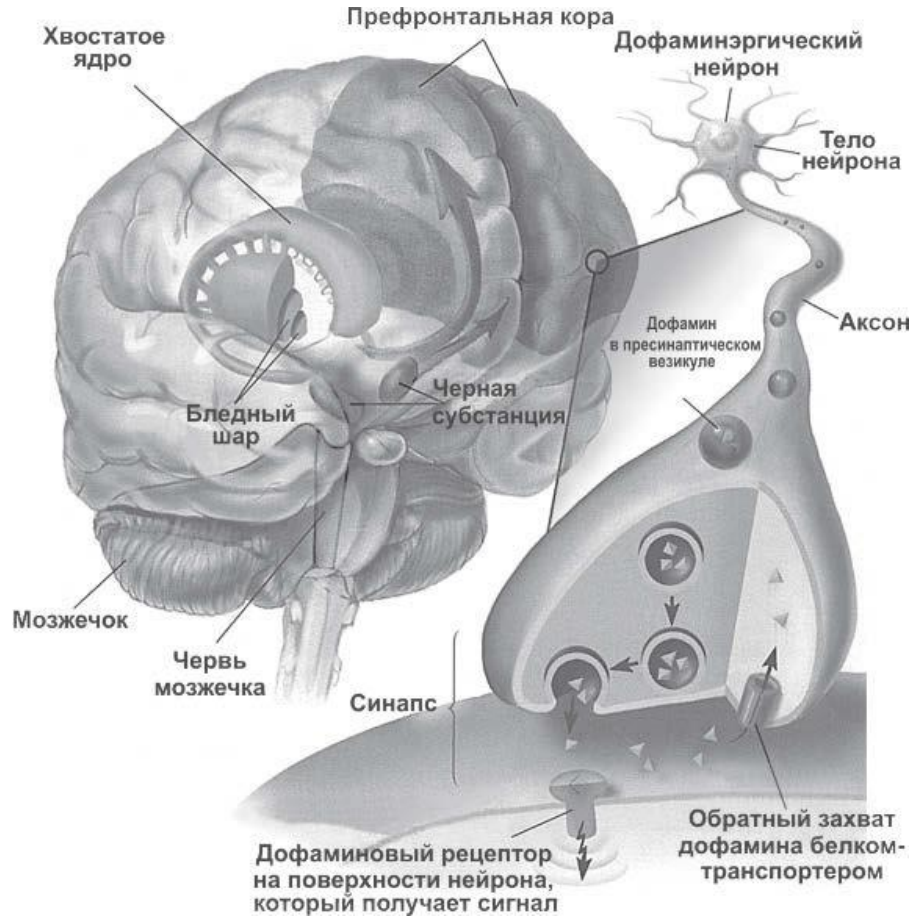


Рис. 1. Нарушение функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии, мозжечок и лимбическую систему вследствие дефекта механизма транспортировки дофамина на синаптическом уровне (справа).

Таким образом, на сегодня можно утверждать, что СДВГ является этиологически полиморфным расстройством, причиной которого являются по меньшей мере два фактора – генетический и органическое поражение ЦНС или же их комбинации. Причем генетический фактор, вероятно, является основным в подавляющем большинстве случаев, хотя сама генетическая форма СДВГ обусловливается различными комбинациями генов, а значит также полиморфна. Однако при этом общая клиническая картина СДВГ обусловлена конечным следствием действия этиологических факторов – нарушением функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии и лимбическую систему.

Несмотря на то, что причины СДВГ – биологические, основные модулирующие факторы, влияющие на проявления СДВГ, на психологическое развитие ребенка в целом, и вероятность вторичных осложнений, – психосоциальные – и они могут играть как защитную, ресурсную роль, так, к сожалению, и психотравмирующую. К этим факторам относятся в первую очередь характеристики семьи ребенка, качество его отношений с родными, характеристики педагогов, социальной среды ровесников, школы ***(Barkley,*** 1996). Большую роль играет также наличие эффективных программ помощи детям с СДВГ и их доступность. СДВГ, как и любое расстройство, является биопсихосоциальным расстройством по своей природе, и именно взаимодействие биологических факторов, индивидуальных психологических характеристик ребенка и его социальной среды определяет динамику развития ребенка и его прогноз. Поэтому для достижения желаемого результата – положительной самоактуализации ребенка с СДВГ – помощь детям с СДВГ должна быть комплексной и направленной на все факторы.

Выводы

• СДВГ является этиологически полиморфным расстройством.

• Органическое поражение центральной нервной системы и генетически обусловленные нарушения функций нейротрансмиттерных систем дофамина и норадреналина являются на сегодня единственными гипотезами, которые нашли научное подтверждение.

• В подавляющем большинстве случаев СДВГ генетические факторы играют основную этиологическую роль.

• Конечным следствием действия этиологических факторов являются нарушения функции лобной коры и ее регулирующего влияния на базальные ганглии и лимбическую систему – в этом патогенетическая суть расстройства.

• Этиологический полиморфизм определяет клинический полиморфизм СДВГ с разными степенями тяжести, подтипами и возможными коморбидными расстройствами.

• СДВГ является биопсихосоциальным расстройством, при котором главные этиологические факторы – биологические, а основные прогностические – психосоциальные.

Патогенез и симптоматика СДВГ

Как упоминалось в предыдущей главе, СДВГ предопределяется биологически детерминированной недостаточной зрелостью функций лобной коры полушарий головного мозга. Именно такая концепция СДВГ как расстройства самоконтроля разработана Barkley и представлена в его монографии «СДВГ и природа самоконтроля» ***(Barkley,*** 1997 а), а также в более позднем руководстве «СДВГ: пособие по диагностике и терапии» ***(Barkley,*** 2006).

Функции лобной коры состоят в первую очередь в общем контроле, регуляции, программировании и организации поведения человека (так называемые исполнительные функции). Лобная кора – своего рода «центральный командный пункт», который на основе анализа и синтеза информации принимает решение и дает руководство к действию ***(Fuster,*** 1997). При рождении функции лобных долей у ребенка еще не сформированы. По мере возрастного, биологического созревания головного мозга и приобретения опыта они совершенствуются, что проявляется в развитии способностей человека руководить своим поведением, чувствами, желаниями; анализировать сложные ситуации, принимая продуманные решения; ставить цели, выстраивать и воплощать план их достижения.

Если мы посмотрим на поведение маленького ребенка, то увидим, что он действует под влиянием обстоятельств, «импульсивно», не осмысливая правил и последствий своих действий. Если маленький ребенок чего-то хочет – он немедленно стремится это получить и соответственно действует. Если ему в существующей ситуации что-то неприятно – он изо всех сил старается этого избежать. Поведение, таким образом, практически полностью определяется тем, что есть «здесь и сейчас» и, соответственно, приятными или негативными свойствами этого опыта. Именно поэтому поведение маленьких детей столь непостоянно, можно сказать, что не они определяют свое поведение, а оно является реакцией на то, что происходит в окружающей среде. Именно поэтому их поведением относительно легко управлять при условии, что у вас есть чем их заинтересовать, на что переключить внимание, вы можете «заговорить» их, перенаправить на что-то новое и интересное.

Однако постепенно с возрастом, обретением опыта и биологическим созреванием коры головного мозга поведение ребенка меняется, все больше развивается способность сознательно руководить своим поведением, а не только

импульсивно реагировать на внешние стимулы. Ребенок приобретает способность, прежде чем реагировать, останавливаться и осмысливать наилучший вариант своей реакции и действовать продуманно.

Способность лобной коры ***временно притормаживать импульсы*** очень важна. Она дает ребенку (и взрослому человеку) время, необходимое для того, чтобы связать существующую ситуацию с прошлым опытом, а также заглянуть в будущее, чтобы спрогнозировать отдаленные последствия своих действий. Появляется возможность вспомнить главные цели, существующие правила, а также связать свои действия с ожиданиями других людей, осмыслить возможное влияние этих действий на окружающих. Таким образом, по мере взросления (что, несомненно, предусматривает и приобретение определенного социального опыта, а не только биологическое созревание) поведение ребенка становится все менее импульсивным и все более управляемым и организованным согласно его целям, внутренним ценностям, приоритетам, социальной ответственности и т. п. Ребенок постепенно приобретает способность к самомотивированию, управлению собственным поведением. Это совсем не означает, что импульсы пропадают и что импульсивность в поведении полностью исчезает, при определенных обстоятельствах (например, таких как усталость, алкогольное опьянение, сильные эмоции, сильные соблазны и т. п.) поведение взрослых может быть импульсивным и соответственно в чем-то «детским».

Созревание исполнительных функций лобной коры связано также, как уже отмечалось, со способностью ***планировать свое поведение*** – то есть ставить цели, разрабатывать план их воплощения; концентрироваться на задачах и приводить этот план в действие, не отходя от внутренних директив; противостоять соблазнам делать что-то другое или не делать запланированное; придерживаться временных графиков и т. д. К этому же можно отнести и способность отслеживать выполнение плана, и в случае возникающих неудач или проблем эффективно анализировать ситуацию и искать альтернативные пути решения, при этом фокусироваться на отдаленной цели и поддерживать собственную мотивацию, идти к ней вопреки трудностям и испытаниям. Такая способность к самоорганизации, саморегуляции и самомотивации дает нам возможность достигать как маленьких, так и больших целей в жизни и быть не заложниками обстоятельств, а «кузнецами собственной судьбы».

Важнейшая функция лобной коры состоит в ***контроле внимания*** – мы можем выбирать, на чем нужно сосредоточиться,

сконцентрироваться, можем произвольно удерживать внимание, вопреки соблазнам переключиться на что-то более «легкое и интересное». С этим связана и роль лобной коры в анализе и синтезе информации – становясь взрослее, мы все меньше действуем под влиянием первого впечатления, более системно анализируем ситуацию, ищем информацию, которой недостает, проверяем факты, вспоминаем прошлый опыт и обращаемся за дополнительными сведениями в «архив памяти». И лишь после этого на основе взвешенного, максимально объективного восприятия ситуации принимаем решение относительно действий. В этом заключаются различия между эмоциональными, импульсивными реакциями на ситуацию и взвешенным ответом.

Эта функция лобной коры также дает возможность человеку управлять своими эмоциями (речь идет не о вытеснении эмоций или их обесценивании). У маленького ребенка эмоции могут полностью владеть им – например, когда он неудовлетворен, то может впасть в истерику, когда чего-то боится – его охватывает неконтролируемый страх. Эквиваленты такой незрелой эмоциональности можно увидеть у людей зрелого возраста – например вспышки гнева с полной потерей объективного восприятия реальности и осознания последствий собственных действий, что с точки зрения нейропсихологии может интерпретироваться как временная потеря «высших» функций коры головного мозга. Таким образом, сама «биологическая взрослость» не всегда означает наличие эмоциональной зрелости – с созреванием лобной коры мы получаем лишь ***возможность*** научиться владеть своими чувствами. Если эта возможность реализуется, то мы можем контролировать чувства, не вытесняя их. К примеру, когда мы ощущаем злость, лучше удержаться от ее грубого, агрессивного выражения и постараться действовать конструктивно, прояснить ситуацию и с уверенностью отстоять ту позицию, которая нам кажется правильной. Или же, когда мы чувствуем себя обиженными, мы можем внутренне переосмыслить обиду, и, поняв действия другого человека, стремиться освободиться от негативных эмоций, простить. Конечно, и в зрелом возрасте не всем и не всегда удается овладеть негативными эмоциями и освободиться от них, но именно способность лобной коры посылать «тормозные» сигналы в другие отделы головного мозга, более связанные с автоматическими, импульсивными реакциями и аффективной сферой (подкорковые образования, лимбическую систему), является предпосылкой способности руководить чувствами, мудро с ними жить, а не быть их жертвой.

В умении регулировать собственные эмоции большую роль

играет ***внутренняя речь*** – способность как «слышать», то есть сознавать собственные чувства и мысли, с ними связанные, так и влиять на них путем «конструктивных» внутренних диалогов. Так же, как разговор с другом может помочь нам «остыть» и найти эмоциональное равновесие, так и внутренний диалог, то есть способность не только к монологу, но и к конструктивной внутренней поддержке, а иногда противостоянию, – помогает нам в развитии эмоциональной саморегуляции. Внутренняя речь важна и в других аспектах саморегуляции поведения, и она также является одной из функций лобной коры.

Таким образом, все эти функции лобной коры являются важными для саморегуляции, для способности руководить своим поведением. Постепенное биологическое созревание функций идет на протяжении всего детства и подросткового возраста. Тем не менее зрелость лобной коры ***есть лишь предпосылка*** к развитию самоконтроля – другим весомым фактором в его развитии является социальный и жизненный опыт человека (в частности, стиль воспитания в семье), характер формирования его личности. Отсутствие биологической предпосылки к развитию самоконтроля при СДВГ является главной причиной поведенческих нарушений, тогда как социальный опыт и психологические факторы могут отрицательным или положительным образом отражаться на личностном развитии ребенка и усиливать, или же, наоборот, уменьшать проблемы.

Важно отметить, что у детей с СДВГ исполнительные функции лобной коры не отсутствуют полностью, неверно и представление о том, что эти функции не будут развиваться с возрастом. Процесс возрастного созревания идет, но в сравнении с ровесниками степень развития функций будет всегда несколько ниже. Также необходимо понимать, что для многих ситуаций в жизни данные функции не являются необходимыми, наоборот, чрезмерный рациональный контроль может осложнять быстрые, интуитивные, спонтанные, творческие, эмоциональные реакции. Поэтому, как это ни парадоксально, особенностью СДВГ является то, что наличие этого расстройства, создавая ребенку ряд проблем и трудностей, в определенных ситуациях дает ребенку преимущества, особые возможности и способности. Таким образом, мы можем говорить и о положительных сторонах СДВГ.

Итак, рассмотрим, как недостаточная зрелость лобной коры будет приводить к нарушению разных исполнительных функций, связанных с организацией и регуляцией собственного поведения.

Нарушение импульс-контроля

Как уже упоминалось, одной из основных функций лобной коры является притормаживание некоторых импульсов для того, чтобы дать время для анализа ситуации и выбора наиболее адекватных действий, отвечающих целям человека. Обычно мы взвешиваем разные варианты действий, анализируем их возможные последствия. И конечно, сдерживаем те импульсы, которые могут привести к негативным последствиям, и выбираем оптимальные для нас и других. Например, если мы видим нужный нам автобус, подъезжающий к остановке на противоположной стороне улицы, импульс побуждает немедленно бежать, но лобная кора напоминает, что нужно посмотреть направо и налево, чтобы не попасть под колеса автомобиля. Если во время разговора мы вспоминаем что-то очень важное и хотим немедленно это сказать, обычно мы все же ждем, когда собеседник завершит свою мысль, так как понимаем, что ему будет неприятно, если его перебить. У детей с СДВГ эта способность притормаживать импульсы выражена значительно слабее, чем у ровесников, а потому обусловливает целый ряд разных проблемных аспектов их поведения.

Дети с СДВГ вообще очень нетерпеливы, им трудно ждать подходящего времени для реализации желания, все должно осуществиться немедленно. Следовательно, они иногда «срываются», стараются получить что-то раньше других, не дождавшись своей очереди, разумеется, это часто вызывает негативную реакцию окружающих. По этой же причине таким детям трудно играть, если нужно ждать своей очереди – часто из-за нарушения правил их исключают из игры, а потом и вообще перестают приглашать.

Когда детей с СДВГ что-то интересует, им трудно сдержаться и не начать исследовать объект интереса немедленно, не спрашивая разрешения и т. п. Они часто берут чужие вещи, в силу неосторожности могут их нечаянно повредить, сломать, потерять, из-за чего наталкиваются на негативную реакцию.

Если таким детям чего-то очень хочется, они, как правило, действуют согласно своему желанию, хотя раньше и были предупреждены о запрете или имели негативный опыт. Например, зная, что нельзя есть пищу, предназначенную для праздничного стола, не могут противостоять силе желания. Потом им действительно может быть стыдно, они могут искренне извиняться… Конечно, в разном возрасте соблазны могут быть разными, но родителям важно сознавать, что лучший метод помощи – следить за ребенком более внимательно, и учитывая, что его способность к саморегуляции существенно снижена, не оставлять детей наедине с «искушениями».

Если детям с СДВГ не хочется что-то делать и появляется желание бросить это занятие, хотя оно может быть и очень важным, – им также трудно противостоять. А потому они классически либо «срезают углы» (например, делают домашнее задание кое-как – лишь бы скорее), либо вообще бросают задание. Поэтому такие дети испытывают большие трудности с тем, чтобы делать что-то малоинтересное и не очень приятное (домашнее задание, работу по дому, уборку и т. п.), и часто бросают, не доводят дело до конца или же вообще оказывают сопротивление. В этом случае необходимо уметь либо сделать задание интересным, либо найти дополнительный метод поощрения, который вызовет мотивацию к действию (например, если сделаешь качественно уроки, посмотришь мультфильм).

Импульсивность в общении может проявляться чрезмерной болтливостью, стремлением доминировать в разговоре, склонностью перебивать других, «интрузивностью» (то есть надоедливостью, склонностью вмешиваться во все, независимо от того, желают ли с тобой общаться) и т. п. Это может служить причиной серьезного дефицита социальных и коммуникативных навыков у ребенка с СДВГ и даже социальной изоляции ребенка.

Импульсивность приводит также к тому, что ребенок часто не учитывает опасность – он просто не успевает о ней вспомнить, осознать ее. А потому дети с СДВГ действуют бесстрашно и чрезмерно рискованно, попадают в неприятные истории. Соответственно у них повышен риск несчастных случаев. Статистически дети с СДВГ получают вдвое больше серьезных травм, чем ровесники; подростки с СДВГ в четыре раза чаще становятся виновниками дорожно-транспортных происшествий; риск незапланированной беременности и инфицирования венерическими заболеваниями в подростковом возрасте у лиц с СДВГ также выше ***(Barkley,*** 1996).

Слабость импульс-контроля служит причиной трудностей детей с СДВГ во всех тех ситуациях, где нужно придерживаться установленных правил, инструкций и т. п. Следовательно, дети и взрослые с СДВГ являются частыми нарушителями правил, от простых (например, отвечать лишь с разрешения учителя), до значительно более сложных, социальных (например нести ответственность за взятые на себя обязательства). Важно подчеркнуть, что проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают правил, а в том, что они не успевают их вспомнить и часто не в состоянии эффективно применить в тот момент, когда необходимо. Часто ребенок вызывает неприязнь взрослых, поскольку снова и снова делает то, что ему запретили, – но в большинстве случаев СДВГ (не осложненных другими

психологическими расстройствами) он делает это неумышленно, он просто «охвачен порывом»: «я знаю ответ на вопрос учительницы, я хочу сказать!», не успевает остановиться, чтобы напомнить себе о правиле и вспомнить предыдущее замечание, и снова – в который раз – выкрикивает ответ, не подняв руку, не получив разрешение…

Быстрые импульсивные действия обусловливают то, что в поспешности дети и взрослые с СДВГ часто действуют неосторожно, необдуманно, неосмысленно. Они берутся решать задачу, не прочитав до конца условие, – и, конечно, шансы на правильный ответ невысоки. Аналогично и в более широких масштабах не дочитав до конца условия жизненной «игры», они предлагают быстрое решение, а когда видят «результат», осознают, что это совсем не то, чего они желали… Из-за ненадлежащего осмысления информации и скорости реакций их также легко втянуть в разные «сомнительные дела», обмануть, подговорить, манипулировать их действиями – и этим иногда могут воспользоваться другие лица со злыми намерениями…

Импульсивность проявляется не только в действиях, но и в мыслях – мышление таких детей тоже может быть слишком быстрым, хаотичным. Им трудно сосредоточенно, хорошо обдумать какой-то вопрос или задание – и они легко перескакивают на более, с их точки зрения, интересные и захватывающие мысли. Это частично обусловливает проблемы со «снами наяву», а также с сосредоточением внимания, выполнением домашних заданий и значительно более сложных жизненных задач. Взрослые люди с СДВГ описывают свое мышление как «симптом конфетти» – когда в голове возникает, подобно вспышке фейерверка, сразу много мыслей, и они успевают лишь непродуктивно перескакивать с одной на другую без единого плодотворного конечного результата.

Слабая способность к самоторможению обусловливает и классические трудности переходов от одного занятия к другому, особенно от более увлекательного к менее приятному, характерные для детей с СДВГ. Для родителей подобные переходы, моменты смены деятельности (ребенку нужно возвращаться с прогулки домой и делать уроки, или же оторваться от игры, чтобы идти мыть руки и ужинать и т. п.) часто бывают стрессогенными. Впрочем, понимание слабости «системы тормозов» в этой сфере помогает осознать необходимость особых подходов и спокойного, методического их применения. Например, в связи с тем, что «тормозной путь» удлинен, ребенка нужно заранее предупреждать, сколько времени у него осталось. При этом необходимо, чтобы предупреждение

было четким и, возможно, неоднократным, а говорить лучше одновременно с установлением зрительного контакта. Можно переспросить ребенка, хорошо ли он вас услышал, порой нужно применять и дополнительный внешний контроль – например, самостоятельно выключить после согласованного времени телевизор и т. п. Понимание особенностей ребенка с СДВГ помогает не только найти дополнительные компенсаторные стратегии, позволяющие эффективно руководить его поведением, но и, что очень важно, спокойно, без отрицательных эмоций взаимодействовать с ребенком.

Нарушение прогнозирования, планирования и самоорганизации поведения

Обобщая, можно сказать, что импульсивность значительно осложняет детям с СДВГ возможность осмысленно решать разные жизненные задачи и проблемы. С опытом и зрелостью мы приобретаем способность к каждой жизненной задаче подходить в какой-то мере как к школьной задаче: внимательно изучать условие, ставить цель, вспоминать предыдущий опыт и правила решения такого типа проблем, рассматривать разные варианты решений, их возможные положительные и отрицательные последствия, соотносить их с нашими жизненными приоритетами, оценивать реальность их воплощения и т. п. – и тогда действовать на основе плана, сознавая, что если он будет неэффективным, его нужно модифицировать. Человек в любом возрасте нуждается в умении решать специфические жизненные проблемы: конфликты в отношениях, выбор профессии, принятие важных финансовых решений и т. д. Это умение предусматривает способность руководствоваться отдаленными последствиями наших действий, а не только сиюминутными желаниями и возможностью их немедленного удовлетворения.

В этой сфере дефицит самоконтроля детей с СДВГ, возможно, наиболее ощутим. Неспособность остановиться, прежде чем действовать, приводит к тому, что большинство их ответов на проблему – скорее первая эмоциональная реакция или первая пришедшая в голову мысль, но отнюдь не тщательно обдуманная стратегия действий. Такой подход часто не столько решает проблемы, сколько создает их. Даже приобретенный отрицательный опыт не предостерегает ребенка от повторения собственных ошибок. И дело не в том, что он не в состоянии сделать выводы на основе опыта. Дети с СДВГ нередко просто ***не успевают*** применить выводы – реакция возникает быстрее, чем лобная кора успевает воспользоваться «архивом памяти».

В связи с этим можно сказать, что действия детей с СДВГ часто не связаны со временем, или, как говорят нейропсихологи, у детей очень «узкое окно внутреннего времени» – они не успевают ни заглянуть в прошлое, ни спрогнозировать будущее. То есть одна из причин недостатка самоконтроля в том, что они становятся ***заложниками обстоятельств «здесь и сейчас» и их деятельность определяется лишь немедленными или очень близкими во времени факторами, которые могут тем или иным образом мотивировать их поведение.*** Часто от родителей таких детей можно слышать похожие отзывы: «Они видят только то, что перед носом, и не думают о завтрашнем дне». Это очень точно отвечает метафоре «узкое окно внутреннего времени» – дети и взрослые с СДВГ настолько захвачены тем, что есть здесь и сейчас, что словно не видят того, что будет завтра, не видят проблем, которые могут возникнуть, не замечают, как «сгущаются тучи», – и многие жизненные «ураганы» застают их врасплох. Поэтому в тех сферах, где необходимо работать на отдаленные последствия, противостоять соблазнам немедленных поощрений ради достижения более важных отдаленных вознаграждений, у детей и взрослых с СДВГ дефицит самоорганизации поведения будет приводить к негативным последствиям.

Если ребенок с СДВГ не получит внешней помощи от родных, педагогов, чтобы работать на отдаленные цели и противостоять соблазнам «немедленных наслаждений», со временем неудачи могут привести к целому ряду серьезных вторичных трудностей. Проблемы с учебой, проблемы в межличностных отношениях из-за несоблюдения социальных обязанностей и безответственные действия, в зрелом возрасте проблемы на работе из-за невыполнения своих обязанностей могут накапливаться, накладываться одни на другие, превращая жизнь в заколдованный круг потерь, отчуждений и разочарований. Безответственное поведение такого человека может приводить к его стигматизации («эгоистичный», «безответственный» и т. п.) и усиливать социальную изоляцию. Согласно статистическим данным, у тех детей, которые не получили надлежащей помощи, понимания и поддержки, риск столкнуться в зрелом возрасте с серьезными проблемами (безработицей, одиночеством, бедностью, несчастными случаями из-за чрезмерно рискованного поведения, ухудшением физического и психического здоровья и т. п.) довольно высок (***Weiss, Hechtman, Weiss,*** 1999).

Осознание одного из центральных дефицитов при СДВГ – наличия «узкого окна внутреннего времени» – помогает понять механизм влияния на поведение детей: ***чтобы руководить их поведением, взрослым необходимо быть близко к ребенку,***

обеспечивать тщательное наблюдение за его поведением и организовывать такую систему поощрений и наказаний, которая действует в измерении «здесь и сейчас», мотивируя ребенка к соответствующим действиям. Ребенок с СДВГ нуждается в немедленных, частых и сильных, то есть значимых для него, поощрениях и санкциях – и только это может удержать его поведение в нужном русле. Собственно, на этом и построена вся ***поведенческая терапия – один из основных методов помощи детям с СДВГ*** – и правильное применение этих принципов обусловливает ее положительный эффект. Например, ребенка могут очень мало мотивировать к выполнению уроков слова о том, что полученные знания пригодятся ему в зрелом возрасте. Но если он знает, что за каждый хорошо и своевременно выполненный урок он получает один жетон, а когда насобирает пять жетонов, то может использовать их вечером, выбрав из «меню наград» просмотр любимого мультфильма, игру с отцом в настольный хоккей и т. п. ***уже сегодня*** – это действительно мотивирует. Другой способ – сделать уроки интересными, захватывающими, чтобы ребенок смог открыть радость познания и это стало его немедленным вознаграждением. Таким образом, базовый принцип эффективного и позитивного управления поведением ребенка с СДВГ заключается в следующем: ***мы руководим поведением ребенка лишь настолько, насколько мы контролируем немедленные следствия этого поведения: желательное поведение должно сопровождаться сильными, частыми, немедленными поощрениями, а нежелательное – такими же наказаниями.***

Конечно, это отнюдь не означает, что ребенок с СДВГ никогда не научится самоконтролю, не будет способен усвоить правила поведения, действовать с мыслью о будущем и т. д. Дети с СДВГ также развивают самоконтроль, овладевают правилами – просто это им дается труднее, чем ровесникам. Можно сравнить этот процесс с прыжками в высоту – таким детям нужно значительно больше попыток и больше тренировки, чтобы научиться брать определенную высоту, а некоторые «высоты» они самостоятельно не преодолеют, чтобы их взять, нужна внешняя помощь. Так же, как курсанту-водителю нужен инструктор, у которого есть дополнительная педаль торможения, как детям с ДЦП, которые не могут самостоятельно ходить, нужна коляска – так для многих детей с СДВГ (по крайней мере на некоторое время) необходима система поведенческого руководства с немедленной системой поощрений и наказаний. Она компенсирует биологически обусловленную слабость внутренних «тормозов» и «узкое окно внутреннего времени». Но с возрастным созреванием мозга и

обретением жизненного опыта это окно может расширяться и способность к самоконтролю улучшаться.

Ключевыми функциями лобной коры являются структурирование, планирование, временной мониторинг собственной деятельности человека. Соответственно дети с СДВГ испытывают типичные трудности во всех тех ситуациях, где им нужно организовать свою деятельность согласно внутреннему плану, следить за временным и поэтапным внедрением этого плана. Для них характерны проблемы с организацией времени и с ощущением времени вообще. Им трудно организовать самостоятельное и своевременное выполнение уроков или домашней работы, собраться в школу и т. п. В зрелом возрасте они могут испытывать трудности на работе, в финансовых вопросах, в ведении домашнего хозяйства, и т. п. Неэффективный контроль приводит к хаотичному стилю жизни с постоянными опозданиями, затягиванием времени, откладыванием дел.

Таким образом, для детей с СДВГ чрезвычайно важна (ввиду дефицита способности к самоорганизации и временного контроля собственной деятельности) помощь родителей, педагогов и четкая, предсказуемая, «видимая» внешняя структура: система «таймеров», будильников, напоминаний, «самоорганайзеров» и т. д. Это своего рода компенсаторные костыли, которые делают возможной эффективную, организованную во времени деятельность детей, подростков, взрослых с СДВГ…

Еще одной проблемой детей с СДВГ является дефицит внутренней речи. Как показали исследования (см. ***Barkley,*** 1995. С. 49–51), такие дети меньше пользуются внутренней речью для управления собственным поведением. Как правило, в процессе самоконтроля внутренняя речь необходима. Она дает возможность продумать возможные последствия поведения, рассмотреть разные варианты действий и выбрать оптимальный, напомнить самому себе правила, которые необходимо применить в этой ситуации, и соответственно дать себе инструкции к действию. Однако импульсивность реакции на внешние ситуации, отсутствие торможения не дает ребенку необходимого времени для того, чтобы «услышать» свою внутреннюю речь. Недостаточное использование внутренней речи является одним из центральных нейропсихологических дефицитов детей с СДВГ. Как следствие, проблемы в поведении таких детей связаны и с неумением соблюдать правила. Это обусловлено не тем, что ребенок не знает правил или намеренно решил ими пренебречь, а тем, что он не успевает их вспомнить и применить раньше, чем он уже среагировал на ситуацию. Это же касается и выполнения указаний, которые дают взрослые ребенку – переставая повторять

про себя с помощью внутренней речи инструкцию, ребенок с СДВГ часто не выполняет данные ему поручения, бросает их на полпути, вообще забывает о них. Недостаточное использование инструкций в форме внутренних обращений частично обусловливает и трудности в сфере эмоционального самоконтроля – детям часто трудно сдержать свою злость, успокоиться и т. п. Обучение эффективному применению самоинструкций с помощью ***когнитивной терапии*** – один из ***важных методов*** помощи старшим детям с СДВГ (после 8—10 лет). Он заключается, в частности, в выработке и тренировке способности эффективно использовать внутреннюю речь – как для самоконтроля, так и для решения проблем самообладания и др. Интересны экспериментальные данные Barkley (1996. С. 530), показавшие, что при выполнении контрольных работ прослушивание через наушники записанных на аудиоплеер самоинструкций существенно улучшало результат детей. Таким образом, еще одним эффективным методом воздействия на поведение детей с СДВГ является частое напоминание правил, четко и лаконично выраженных, а также их визуализация в форме, аналогичной «знакам дорожного движения» (например, краткие лозунги над письменным столом: «Когда делаешь уроки – сосредоточься!» – и т. п.), что помогает не потерять инструкции и правила.

Метафорически недостаточную самоорганизацию поведения можно приравнять к езде на автомобиле, в котором руль «гуляет», а тормоза очень слабые. Со слабой системой «руля и тормозов» они часто совершают «аварии», которые их самих отнюдь не делают счастливыми. Многие дети с СДВГ сознают этот дефицит самоконтроля и могут воспринимать его как дефект. К примеру, один мальчик попросил: «У меня мозги какие-то глупые, не слушаются меня, – вы не можете их заменить?» Другой мальчик на консультации на тестовый вопрос о трех мечтах ответил: «Не разливать больше молоко, не злить маму, не злить папу…» Можно лишь вообразить, каким подавленным он должен был чувствовать себя от постоянных укоров за разлитое молоко и другие «провинности», чтобы мечтать только об этом… Большинство проступков детей с СДВГ совершается неумышленно. По выражению Barkley, ***«проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают, как правильно себя вести, а в том, что они не могут вести себя так» (Barkley,*** 1995. С. 42).

Нарушение контроля внимания и анализа информации

Типичные проблемы с сосредоточением внимания заключаются не столько в том, что дети с СДВГ не могут быть сконцентрированными, сколько в их неспособности на протяжении продолжительного времени удерживать внимание на важном, особенно если оно малоинтересное и не стимулирующее. Это подтверждается, в частности, тем, что такие дети могут продолжительное время быть сосредоточенными и внимательными, когда играют в компьютерные игры или смотрят захватывающий мультфильм и т. п. – их внимание не отвлекается и в целом они не делают ошибок, например, играя в компьютерные игры, а могут, в силу скорости своих реакций быть успешными игроками. Проблема появляется тогда, когда ребенку нужно продолжительное время концентрироваться на чем-то малоинтересном для него – например, на том, что говорит учитель на уроке, на выполнении домашнего задания и т. п. В таких ситуациях противостоять желанию искать новые, более интересные впечатления ребенок часто не в состоянии. В связи с этим появляются трудности с концентрацией, ошибки по невнимательности, отвлечение на посторонние факторы, невыполнение заданий и т. д. Такого ребенка приходится все время «перефокусировать»… Одна мама сказала, что она выполняет постоянную роль «сосредоточителя внимания» своего ребенка при выполнении домашнего задания. И это довольно типично – родители должны постоянно концентрировать внимание ребенка, иначе он может часами безрезультатно сидеть за столом над одним заданием, – кажется, ребенок «где-то витает»… Все малоинтересные, скучные задания самостоятельно ребенок выполнить не может – и здесь необходимо либо сделать задание интересным, либо ассистировать в роли «сосредоточителя внимания», либо повысить мотивацию путем дополнительного «приза» в случае успешного выполнения задания.

Соответственно существует и противоположная проблема – когда ребенок с СДВГ сосредоточен на чем-то для него интересном, ему трудно «отключить» внимание от этого и переключиться на что-то другое. Поэтому такие дети часто не слышат, когда к ним обращаются, если они в это время заняты чем-то интересным. Из-за своей невнимательности они часто пропускают важную информацию, указания к действию, теряют вещи, забывают важные факты, вещи, дела, обязанности и т. п. Один взрослый человек с СДВГ сравнил свои проблемы с ездой в сильный дождь на автомобиле, в котором не работают дворники-стеклоочистители: «Ты не можешь разглядеть до конца, что происходит, получаешь лишь фрагменты информации и все время

чувствуешь себя растерянным, потому что ощущаешь, что пропустил какой-либо важный дорожный знак или указатель…» Неудивительно, что дети с СДВГ часто «блуждают» как в социальных отношениях (говорят о так называемой социальной слепоте или же близорукости), так и в учебе и других видах деятельности и т. д. А если вспомнить, что в этом автомобиле еще и тормоза слабые, и руль «гуляет»…

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролируется «центральным командным пунктом» (лобной корой), и вместе с тем им руководят наиболее сенсорно привлекательные в плане новизны и стимуляции аспекты ситуации. Соответственно снижена способность активно руководить собственным вниманием, сосредоточить его на важнейших аспектах ситуации (особенно если они не очень интересны) и удерживаться от отвлечения на второстепенные стимулы (особенно если они более интересны). А если учесть и другую нейропсихологическую характеристику детей с СДВГ – большой сенсорный голод, потребность в «сильных» впечатлениях и способность быстро «насыщаться», то можно предсказать, насколько серьезными могут быть проблемы с внимательностью в ситуациях, «скучных» для ребенка, – например на уроке. Основной рекомендацией может быть лишь интересная, «мультисенсорная», с «частой сменой кадров» презентация учебного материала на уроке, активное привлечение детей, четкая структура с частым изменением заданий и видов деятельности. И только второстепенное (но тоже существенное) значение имеет стратегия уменьшения посторонних раздражителей – например, посадить ребенка за первую парту, не возле окна и т. п. Как показали исследования (обзор в ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 557), даже в условиях сенсорно «стерильного» кабинета, если стиль преподавания не будет интересным и стимулирующим, ребенок будет отвлекаться: если не будет на что отвлечься снаружи, внимание перенесется во внутренний мир, мир воображения…

Другой проблемой является весьма эмоциональное и субъективное восприятие реальности. Если подкорковые образования обеспечивают первичную обработку информации с целью выявления, например, угрозы и мгновенных реакций инстинктивного характера, то лобная кора обычно проводит углубленный анализ с целью достоверно исследовать все аспекты ситуации, отличить эмоциональную, субъективную реакцию от объективной действительности, и тогда соответственно действовать. Для этого чрезвычайно важно «притормаживать» первые импульсы, чтобы быть в состоянии, прежде чем действовать, оценить ситуацию объективно, обратиться к

прошлому опыту, уже имеющейся информации, провести анализ, оценить разные варианты развития ситуации и т. д. Например, если мы внезапно ощутим толчок в спину на улице появится инстинктивное желание либо сразу развернуться и ударить в ответ, либо убежать. Это подкорковая реакция. Но затем включится кора и даст команду сначала оглянуться и исследовать, что произошло: например, мы увидим, что сзади на нас кто-то упал, что нас не ударили, а просто зацепили при падении и соответственно угрозы нет. Для детей с СДВГ обычно характерна бурная «подкорковая» реакция – они бы сразу бросились в драку или убежали, не выяснив, в чем дело. Проблема многих детей с СДВГ, как уже говорилось, состоит в «реактивных» действиях, действиях под влиянием эмоций, которые предшествуют объективному, корковому уровню анализа информации. Например, на уроке учительница, идя между партами, подошла к мальчику с СДВГ и тихо, мягко положила ему на плечо руку. Реакция была сильной, инстинктивной, на уровне реакций наших биологических предков – мальчик мгновенно укусил ее за руку. Следствие: испуганная учительница, вызов мальчика и родителей к директору: «Кто из него вырастет, да это уже запрограммированный психопат!» и т. п. На самом деле сам мальчик искренне не понимал, почему он так поступил: ведь его реакция была моментальной и более быстрой, чем его мысли…

В связи с таким характером реакций поведение детей с СДВГ часто бывает чрезмерно эмоциональным и незрелым, а их реакции – несоответствующими ситуации. Именно с такими «подкорковыми» реакциями связана склонность детей с СДВГ к эмоциональным «взрывам» – часто агрессивным, с плачем, криками. Причем причиной таких реакций может быть исключительно искаженное, эмоциональное восприятие действительности, намерений других людей и т. п., соответственно такие дети нуждаются в помощи, чтобы постепенно учиться более целостно и объективно видеть действительность и более компетентно в ней действовать…

Нарушение контроля эмоций

Нарушение эмоциональной саморегуляции, как уже не раз упоминалось выше, является еще одной нейропсихологической характеристикой детей с СДВГ. Среди ровесников они отличаются силой и скоростью развития эмоций. Ребенок в один момент из спокойного состояния может перейти в крайне озлобленное, или же наоборот – в безмерно приподнятое. Обусловливает такую гиперэмоциональность детей с СДВГ, в частности, слабое

регулирующее влияние лобной коры на те отделы головного мозга, которые связаны с эмоциональной сферой (лимбическая система и подкорковые образования). Эта эмоциональность во многих аспектах жизни может иметь положительное значение – дети и взрослые с СДВГ могут быть «эмоциональными донорами», заражающими других своими положительными эмоциями, энтузиазмом, жизнелюбием. Но когда ребенок застревает на отрицательных эмоциях, то наоборот, его жизнь и жизнь окружающих осложняется… Гиперэмоциональность становится наиболее проблемной при таких отрицательных чувствах, как злость, раздраженность, неудовлетворенность и т. п. Слабость регуляции эмоций, неразвитость способности иначе посмотреть на ситуацию, настроить себя на успокоение и более адекватную эмоциональную, когнитивную и поведенческую реакцию может осложнять выход из состояния отрицательного аффекта. Находясь под властью сильных, неуправляемых эмоций, например злости, ребенок может совершить немало плохих поступков, наговорить несправедливых слов, прибегнуть к насилию… На протяжении всей жизни многие дети и взрослые с СДВГ испытывают проблемы с контролем над своими агрессивными эмоциями и их деструктивными последствиями как в социальных отношениях, так и в других сферах жизни. А сильная, неуправляемая злость имеет свойство «помрачать» сознание, заставляет необъективно воспринимать ситуацию как чрезмерно враждебную – и соответственно импульсивно действовать. В состоянии такой сильной злости люди с СДВГ могут прибегать к физической агрессии, направленной на других, на вещи, а порой и на себя самих. Последствия агрессивного поведения – как немедленные, так и отдаленные – весьма ощутимы для самого человека. Наличие такого поведения является одним из отрицательных прогностических факторов относительно будущего ребенка с СДВГ. В частности, причиной исключения ребенка из школы нередко становится агрессивное поведение; действия, подпадающие под уголовную ответственность, могут быть также совершены под влиянием гнева, в аффективном состоянии. Причем склонность к вспышкам гнева и агрессивного поведения во многих случаях отнюдь не говорит об озлобленности ребенка как состоянии его души. Один из наших пациентов, 10-летний Андрей, сменил за время учебы пять школ, несмотря на хорошую успеваемость. Главной причиной исключения были агрессивные действия. В целом он добрый, искренний мальчик, но, по словам родителей, его очень легко «завести» и спровоцировать – и тогда он становится просто неуправляемым в своей злости.

Нарушение контроля над двигательной активностью, процессами возбуждения/ торможения

Другая сфера, которой недостает регулирующего влияния лобной коры, – сфера двигательной активности, а также в целом система регулирования процессов активизации/успокоения. Дети с СДВГ, как уже упоминалось, имеют низкий порог сенсорного насыщения – а значит, постоянно ощущают сенсорный «голод», нуждаются во впечатлениях, активности, стимуляции. Они значительно быстрее начинают скучать, поэтому для них важна частая смена активности. Соответственно импульс к движению и исследованию окружающего им также очень трудно сдержать.

Этим обусловлен один из наиболее известных симптомов СДВГ – двигательная гиперактивность. Хотя он и стал визитной карточкой детей с СДВГ, в действительности патогенетически он не является основным симптомом этого расстройства. Более того, с возрастом симптом двигательной гиперактивности больше, чем все другие симптомы, подвергается редукции, смягчению, ослаблению.

Двигательная гиперактивность проявляется в потребности находиться в постоянном движении, ребенок не может длительное время сидеть на одном месте, его везде много, он все переворачивает, всюду лезет. Дети с СДВГ шумные, крикливые – они не только много двигаются, но и много говорят, интенсивно взаимодействуют со средой – с людьми, игрушками, предметами и т. п. По классическому сравнению, эти дети, будто игрушка с заведенным «моторчиком», – безостановочные… Их невозможно удержать на месте, заставить спокойно сидеть. Одна мама, обратившаяся к нам за консультацией, так описала 5-летнего Ваню: «Когда мы выходим во двор – он летит, не оглядываясь, будто собачка, сорвавшаяся с цепи. Удержать его невозможно. Добиться послушания невозможно. На игровой площадке он может расталкивать детей, из-за него постоянно кто-то плачет, потому что упал или ударился. Мы ему объясняем, что нужно быть осторожным с детьми – где там. То же, когда приходится лезть на горку или лесенку – сколько мы ни объясняем, что нужно пропустить других детей, ждать своей очереди, – он кивает головой и делает по-своему. Мы так устали от замечаний и взглядов в нашу сторону, что вообще перестали ходить с ним на площадку. Ходим в лес…»

Понятно, что особые проблемы гиперактивность будет создавать в школе и других общественных местах, где нужно спокойно сидеть (театр, транспорт и т. д.). Типичные замечания в школе: на уроке вертится, встает с места без разрешения, залезает

под стол, на парту, на перемене бегает, переворачивает стулья и т. п.

То же касается излишней говорливости – они громкие, не замолкают, перебивают, не могут сидеть молча и т. д. Конечно, у каждого ребенка СДВГ имеет свою особую форму и выглядит по-своему – не все разговорчивы, как и не все агрессивны и т. д., но этот симптом довольно типичен.

Гиперактивность связана с повышенной возбудимостью таких детей – реакции возникают у них очень быстро и интенсивно, причем на относительно слабые раздражители. Двигательная гиперактивность является лишь одним из аспектов общей гиперреактивности и слабости саморегуляции. Слабость тормозной способности лобной коры обусловливает классический дисбаланс процессов возбуждения и торможения в пользу первых.

С гиперреактивностью связана еще одна особенность детей с СДВГ – они легко поддаются влиянию. А если вспомнить трудности с отделением объективных фактов от эмоциональных впечатлений, то можно понять, почему эти дети так часто становятся жертвами чужих манипуляций, почему их так легко «использовать» в своих целях – спровоцировать, подговорить на негативные действия, в том числе и криминальные. Гиперреактивность «притягивает» всех тех, кто стремится спровоцировать детей или посмеяться над ними и т. п. Возможно, именно поэтому дети с СДВГ часто становятся жертвами насмешек, преследований, провокаций – своего рода «козлами отпущения» в социально нездоровой среде.

Все эти особенности – недостаточную эффективность лобной коры как «центрального командного пункта», слабость ее регулирующей функции и т. п. – можно объяснить как самому ребенку с СДВГ, так и его родным, используя для этого точные, понятные метафоры. В работе нашей клиники мы часто даем детям с СДВГ (а многие из них, кстати, мечтают стать «гонщиками-профессионалами» в зрелом возрасте) такое метафорическое видение их нейропсихологических особенностей: «Каждый человек – как автомобиль, у каждого человека свои особенности. И ты знаешь, что автомобили бывают очень разные: быстрые спортивные машины, медленные грузовики. Так же есть дети более активные и менее активные. Это не означает, что какие-то из них лучше, а какие-то хуже, просто так же, как автомобили, разные люди имеют разные способности и разные ограничения – таким образом, мы, люди, различаемся, и потому можем дополнять друг друга. Так же и у тебя есть много способностей и сильных сторон (здесь мы обычно называем конкретные характеристики), но есть и определенные

ограничения. У тебя, как и у многих детей, похожих на тебя, «хорошо работает педаль газа, но слабые тормоза». И из-за этого могут часто случаться аварии (здесь тоже приводятся конкретные примеры). Поэтому для того, чтобы безопасно ездить и никого не обижать, тебе важно научиться ездить по правилам и уметь, когда нужно, тормозить…» Родителям мы объясняем их роль, проводя параллель с действиями инструктора вождения, а систему управления поведением ребенка обозначаем как «дополнительную систему тормозов в автомобиле».

Осознание нейропсихологических особенностей ребенка с СДВГ чрезвычайно важно как для родителей и специалистов, так и для самого ребенка. Только на осознании может быть выстроена эффективная концепция воспитания, обучения и помощи детям с СДВГ.

Выводы

• Симптоматика СДВГ обусловлена недостаточной зрелостью функций лобной коры – «центрального командного пункта» человека.

• Недостаточная зрелость лобной коры приводит к расстройствам разных исполнительных функций, связанных с организацией и регулированием собственного поведения: импульс-контроля; планирования, прогнозирования и организации поведения с учетом отдаленных последствий и в соответствии с целями; эмоциональной саморегуляции, контроля внимания и анализа информации, регулирования двигательной активности, процессов возбуждения/ торможения.

• Нейропсихологические особенности детей с СДВГ могут не только приводить к проблемам, но в определенных ситуациях давать ребенку преимущества.

• Из знания нейропсихологических особенностей расстройства вытекает обоснованная концепция терапии и воспитания, а потому понимание патогенеза СДВГ чрезвычайно важно для оказания им эффективной помощи.

• Научные знания патогенеза и нейропсихологических особенностей детей с СДВГ важно изложить в виде простых, понятных метафор, которые помогут специалистам, родителям, детям эффективнее применять основные принципы помощи.

Разные лица СДВГ

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания имеет много лиц. Вопреки объединяющей патогенетической составляющей СДВГ – нарушению самоконтроля – у разных детей, в разном возрасте, в разных социальных контекстах он будет проявляться очень по-разному и приводить к разным последствиям.

Ситуативная вариабельность симптомов

Прежде всего следует отметить, что поведение ребенка с СДВГ очень вариабельно, непостоянно, и в разных средах один и тот же ребенок может вести себя очень по-разному. Это вполне понятно с точки зрения патогенеза – поскольку поведение ребенка контролируется не внутренними правилами, а является реакцией на внешние стимулы и факторы «здесь и сейчас», в зависимости от комбинации этих стимулов и факторов поведение ребенка будет очень разным: в одной среде симптомы СДВГ будут сильно выражены и поведение ребенка будет «проблемным», а в другой нет.

Чем меньше ограничений и требований накладывает среда на поведение ребенка, тем менее проблемным будет поведение ребенка: отсюда и трудности в классе на уроке, и порой никаких серьезных проблем на игровой площадке. Чем более интересной и «стимулирующей» будет среда, тем больше ребенок будет сфокусирован и заинтересован, а соответственно и меньше создаст проблем. Именно поэтому дети с СДВГ могут часами играть в компьютерные игры или смотреть что-то интересное по телевизору, не испытывая никаких затруднений с сосредоточением внимания и не создавая значительных проблем своим поведением другим. Поэтому неудивительно, что родители порой не в силах устоять перед соблазном разрешить ребенку проводить много времени за компьютерными играми или перед телевизором – «хотя бы в доме тихо!». А несосредоточенность ребенка за уроками они иногда воспринимают не как проявление неспособности сконцентрировать внимание («ведь телевизор смотрит он сосредоточенно!»), а как проявление лени и нежелания учиться. Поведение становится менее проблемным в ситуации немедленного вознаграждения/наказания, при дополнительном напоминании правил и помощи в самоорганизации со стороны взрослых. Таким образом, можно сказать, что проблемное поведение и симптомы СДВГ будут

проявляться меньше при определенных условиях: новая, интересная и «стимулирующая» среда, индивидуальное внимание взрослого, немедленное подкрепление. В таких ситуациях ребенок с СДВГ может в целом мало чем отличаться от других детей. И наоборот, противоположные характеристики среды, а также такие факторы, как усталость ребенка, плохое настроение, скучное, монотонное, неинтересное задание будут создавать предпосылки к манифестации дефицита самоконтроля у ребенка и приводить к проявлениям проблемного поведения.

Такая вариабельность симптомов СДВГ приводит иногда к противоречиям в оценке наличия у ребенка расстройства как специалистами, так и родителями. Так, на консультации у врача, где новая среда, внимание один на один и т. д. – ребенок может не проявлять никаких симптомов СДВГ, и врачи ошибочно считают, что «все в порядке, а проблемы у родителей, так как они предъявляют завышенные требования к ребенку». Может возникнуть конфликт между учителями и родителями, так как проблемное поведение нередко ярко выражено на уроке и значительно менее заметно дома. Похожие разногласия в восприятии ребенка возникают порой между мужем и женой. Отец, который приходит домой поздно и не делает с ребенком домашних заданий, может не видеть проблем в поведении и обвинять мать и учителей в излишней тревожности или в том, что они слишком много хотят от ребенка.

Классификация подтипов

Выделение подтипов отображает тот клинический факт, что у разных детей симптомы расстройства выражены по-разному, иногда одна группа симптомов может быть значительно более выраженной, чем другая. В диагностической классификации DSM-IV выделяют три подтипа расстройства на основе наличия или отсутствия симптомов из групп гиперактивности-импульсивности и дефицита внимания. В классификации МКБ-10 не допускается существование «неполных» подтипов СДВГ с наличием лишь отдельных групп симптомов, и диагностические критерии гиперкинетического расстройства в данной классификации соответствуют диагностическим критериям только комбинированного подтипа по DSM-IV. Мы будем использовать классификацию DSM-IV.

Подтипы СДВГ в классификации DSM-IV

1. Комбинированный – с наличием выраженных симптомов как гиперактивности-импульсивности, так и

дефицита внимания;

2. С доминирующей гиперактивностью-импульсивностью – присутствуют выраженные симптомы этого спектра, но минимально проявляются либо отсутствуют вообще симптомы нарушения внимания;

3. С доминирующим дефицитом внимания – наоборот, значительно выражены лишь симптомы нарушения внимания.

Дети с разными подтипами СДВГ имеют разные клинические характеристики, в частности, слегка различающиеся профили коморбидных расстройств и различный риск развития вторичных проблем.

По данным исследований ***(Faraone, Biederman, Weber,*** 1998), дети с комбинированным подтипом имеют более высокие показатели коморбидных расстройств поведения, а также тревожных расстройств и депрессии. По сравнению с ними дети, которые имеют подтип с доминирующей невнимательностью, имеют похожие показатели тревожных расстройств и депрессии, но гораздо более низкие показатели коморбидных расстройств поведения. Для детей с доминирующей гиперактивностью-импульсивностью характерны высокие показатели экстернализованных расстройств, но более низкие – тревожных расстройств и депрессии. Для детей с комбинированным подтипом и подтипом с доминирующей невнимательностью характерны более высокие показатели проблем с учебой, чем для детей с доминирующей гиперактивностью-импульсивностью.

Таким образом, можно сделать вывод, что синдром гиперактивности-импульсивности больше связан с риском развития проблем с оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением, а синдром дефицита внимания – с тревожными расстройствами, депрессией и проблемами с учебой. Из всех подтипов самым тяжелым является комбинированный, который прогностически связан с развитием проблем, характерных для двух других групп.

Несколько отличны и общие данные. Так, распространенность комбинированного подтипа в группах мальчиков и девочек составляет 3:1, а подтипа с доминирующими нарушениями внимания 1:1, общая распространенность тоже отличается – первый подтип встречается в 3–4 раза чаще ***(Barkley,*** 1996. С. 91).

В настоящее время ведется научная дискуссия относительно того, являются ли подтипы СДВГ (более всего эта дискуссия касается подтипа с доминирующим дефицитом внимания) формами одного расстройства, или это разные по природе

расстройства. Так, Barkley (1996. С. 86–92) выдвинул гипотезу о том, что третий подтип (с доминирующим дефицитом внимания) является другим психиатрическим расстройством, которое характеризуется:

• нарушением способности фокусировать внимание и «регистрировать входящую информацию» (в отличие от трудностей с удержанием внимания при СДВГ) – эти дети словно находятся в «когнитивном тумане», они «полуприсутствуют», «летаргичны», не до конца осознают то, что происходит вокруг;

• следующими нейропсихологическими характеристиками: пониженная скорость обработки информации, нарушение памяти (в частности, способности извлекать информацию из «архива» и скорости этого процесса) при отсутствии значительных нарушений исполнительных функций лобной коры и соответственно проблем с импульс-контролем;

• типичными особенностями поведения: «отсутствие», «сон наяву», «растерянность», замедленность реакций, двигательная заторможенность. Эти дети обычно не создают особых трудностей окружающим, а потому не испытывают проблем с «активным» отчуждением, хотя могут иметь проблемы с социальными навыками и быть социально изолированными. У них высокий, как и при комбинированных формах СДВГ, индекс коморбидности относительно специфических расстройств школьных навыков, депрессии и тревожных расстройств.

По мнению Barkley, этот подтип СДВГ является скорее отдельной нозологической единицей, которую он называет ***расстройством фокусирования внимания,*** и которая патогенетически связана не с нарушением исполнительных функций и импульс-контролем, а с системой фокусирования внимания и ассоциативными отделами коры, в частности, нарушением связей с гиппокампом, являющимся важной частью системы памяти. Barkley выдвигает гипотезу, что, возможно, при этом расстройстве задействована норадренергическая нейротрансмиттерная система.

До сих пор нет единого мнения относительно вопроса о нозологической принадлежности подтипа с доминирующим дефицитом внимания. Вероятно, он не является однородным, и часть детей с этим расстройством отвечает характеристикам расстройства фокусирования внимания, а другая демонстрирует проявление более легкого подтипа СДВГ, при котором дефицит самоконтроля больше влияет на когнитивные процессы (контроль внимания, эмоций, мышление) и не приводит к наличию выраженной двигательной гиперактивности. У этой подгруппы

детей симптомы гиперактивности-импульсивности могут быть выражены слабо, и потому не набирают достаточного количества баллов для диагностики комбинированной формы.

Некоторые факты говорят в пользу единой природы выделенных групп СДВГ. Ввиду того, что симптомы двигательной гиперактивности с возрастом значительно ослабевают и смягчаются (в отличие от импульсивности на когнитивном уровне), выделение подтипа с доминирующим дефицитом внимания может иметь значение собственно в группе подростков и взрослых. Именно у детей, которым в школьном возрасте ставили диагноз, соответствующий комбинированному подтипу, в подростковом и зрелом возрасте более выраженным может стать третий подтип, где ведущим симтомом является дефицит внимания. Таким образом, можно сделать вывод о нозологическом единстве первого (комбинированного) и третьего подтипов (по крайней мере в части случаев), что подтверждается фактом положительной реакции на медикаментозную терапию психостимуляторами. Данные препараты в обеих группах дают эффект, хотя в случаях доминирующего дефицита внимания в меньших дозах и с несколько более высоким показателем резистентности (30 % против 15 % при комбинированном подтипе).

На данный момент вопрос о подтипах СДВГ и клиническом значении их выделения продолжает интенсивно исследоваться.

Степени тяжести

Хотя до сих пор ни в одной диагностической системе не выделены степени тяжести СДВГ, каждый клиницист осознает, что даже в пределах одного подтипа в одной возрастной группе степень выраженности симптомов и их первазивность (присутствие во всех сферах жизни ребенка) может быть очень разной. Это обусловлено, как уже упоминалось выше, этиологическим полиморфизмом СДВГ – у каждого ребенка биологическая почва расстройства своя, и клиническая картина также полиморфна по степени и характеру выраженности симптомов. Поэтому с точки зрения клиники и прогноза выделение степеней тяжести имеет смысл. Отдельные авторы-клиницисты предлагают рассматривать легкую, умеренную и выраженную по степени тяжести формы СДВГ (***Terdal, Kennedy, Fusetti,*** 1993).

Вторичные проблемы и сопутствующие расстройства

СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем, и их наличие или отсутствие в значительной мере определяет прогноз. Можно сказать, что СДВГ – это своего рода катализатор реакций социальной среды, расстройство, в котором главные этиологические факторы – биологические, а главные прогностические – психосоциальные.

Так, прямыми непосредственными следствиями СДВГ являются проблемы по меньшей мере в нескольких сферах жизни ребенка: семья, отношения с ровесниками, поведение в школе и на улице, учеба. Но, конечно, степень выраженности этих проблем, да и вообще их наличие зависят не только от наличия СДВГ, но и от того, как реагирует социальное окружение на ребенка, помогает ли ему преодолевать вызванные расстройством ограничения. СДВГ – это своего рода «невидимые ограничения», и можно провести аналогию, например, с ребенком с ДЦП, который не умеет ходить, а потому пользуется коляской. Если такому ребенку удачно подобрали коляску, если нет архитектурных препятствий и школа адаптирована к его интеграции в обычный класс – такой ребенок будет иметь гораздо более высокие возможности академического обучения и социального развития, чем в условиях домашних занятий с учителями раз в неделю. Степень ограничений, вызванных расстройством, определяется не только самим расстройством, но и адаптацией среды, и другими факторами. Конечно, ограничения при ДЦП и СДВГ значительно различаются, поэтому сравнение очень условно.

В случае отрицательного взаимодействия с социальной средой у ребенка с СДВГ могут нарастать поведенческие проблемы в форме оппозиционного, агрессивного и, наконец, антисоциального поведения, могут быть значительно нарушены социальные отношения – как с родными, так и с ровесниками – соответственно, формируется дефицит социальных и коммуникативных навыков; нарастают академические неудачи в школе – и уже как следствие всего этого развивается негативная самооценка, нарушается развитие личности, возникают вторичные психиатрические расстройства.

Наличие сопутствующего, коморбидного психиатрического расстройства для детей и взрослых с СДВГ – скорее закономерность, чем исключение. По данным исследований ***(Gillberg, Gillberg, Rasmussen*** et al., 2004; ***Pliszka,*** 1998), по меньшей мере 85 % детей с СДВГ имеют хотя бы одно коморбидное расстройство, а 60 % – два.

Основные коморбидные (сопутствующие) расстройства в детстве

✓ Расстройства поведения (40–60 %) – оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение.

✓ Расстройство развития речи и школьных навыков (25–40 %).

✓ Тревожные и соматоформные расстройства (21–40 %).

✓ Депрессия (16–26 %), биполярное расстройство[3].

✓ Тики (до 20 %) – в том числе синдром Жилля де ля Туретта[4].

✓ Расстройство развития координации движений (до 50 %).

✓ Расстройства спектра аутизма, умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность.

✓ Энурез, расстройства сна.

В подростковом и зрелом возрасте добавляются:

✓ Расстройства личности.

✓ Злоупотребление/ зависимость от алкоголя и наркотиков.

✓ Расстройства импульс-контроля.

Что касается возможных механизмов коморбидности, то можно рассматривать по крайней мере несколько:

1. Один этиологический фактор вызывает два расстройства (например, органическое поражение центральной нервной системы приводит к СДВГ и расстройству развития экспрессивной речи, или одни и те же генные и вызванные ими биохимические нарушения вызывают как синдром Жилля де ля Туретта, так и СДВГ).

2. Коморбидное расстройство является следствием, осложнением СДВГ и его вторичных проблем (расстройство поведения, депрессия, социальная фобия). Возможно также объединенное действие этих двух факторов.

3. Два разных этиологических фактора присутствуют одновременно и вызывают два разных психиатрических расстройства (например, генетический фактор обусловливает развитие у ребенка СДВГ, а злоупотребление матерью алкоголем во время беременности – легкую умственную отсталость).

Впрочем, какими бы ни были научные гипотезы, которые объясняют высокий индекс коморбидных расстройств при СДВГ, существуют очень важные, обусловленные ими клинические выводы: *при СДВГ всегда нужно активно искать коморбидные расстройства, они часто определяют прогноз в отношении ребенка*

в большей степени, чем сам СДВГ. При других расстройствах необходимо всегда помнить о возможности СДВГ, который часто скрывается за маской сопутствующих проблем. Терапия должна быть направлена как на СДВГ, так и на коморбидные расстройства и быть специфической в каждом случае.

Гендерные особенности

Для СДВГ характерны определенные гендерные различия как в презентации симптомов, наличии вторичных проблем и сопутствующих расстройств, распространенности подтипов, так и в отношении клинических последствий, диагностики и терапии. Как уже упоминалось, долгое время считалось, что СДВГ является расстройством исключительно мальчиков, и только исследования, проводимые на протяжении двух последних десятилетий ***(Gaub, Carlson,*** 1997; ***Nadeau, Littman, Quinn,*** 1999; ***Nadeau, Quinn,*** 2002), показали, что у девочек оно в действительности распространено гораздо шире, чем казалось: в клинической популяции соотношение мальчиков и девочек с СДВГ находится в пределах от 9:1 до 6:1, при обследованиях в общей популяции – 3:1. Собственно, стереотип восприятия СДВГ как специфического расстройства мальчиков приводит к тому, что у девочек СДВГ часто не выявляется и соответственно им не оказывается надлежащая помощь, при том что последствия расстройства для них могут быть так же серьезны.

В приведенной ниже таблице подытожены данные исследований относительно гендерных отличий при СДВГ ***(Arcia, Conners,*** 1998; ***Gaub, Carlson,*** 1997; ***Biederman, Faraon, Mick*** et al., 1999).

Девочки

- Наблюдается больше вторичных осложнений по механизму интернализации – депрессия, социальная фобия, другие тревожные и соматоформные расстройства, проблемы с низкой самооценкой и т. п.
- Симптомы СДВГ проявляются менее экстернализованно и на первый план выходят симптомы невнимательности, проблемы с организацией деятельности, трудности в общении, проблемы с учебой. Трудности в социальных отношениях чаще приводят к социальной изоляции, преимущественно вербальной и косвенной агрессии в отличие от прямой физической агрессии у мальчиков.
- Чаще диагностируется подтип с доминирующей

невнимательностью – соответственно чаще присутствуют сопутствующие расстройства школьных навыков и интеллектуальная недостаточность.

Мальчики

• Наблюдается больше вторичных осложнений по механизму экстернализации – агрессивное и антисоциальное поведение.

• Симптомы СДВГ экстернализованы – гиперактивность, импульсивность, проблемное поведение более заметно и, возможно, поэтому их родители чаще обращаются за помощью. Проблемы в социальных отношениях чаще решаются с помощью агрессивного поведения – соответственно родители обращаются за психиатрической помощью скорее потому, что больше обеспокоены агрессивным поведением, чем симптомами СДВГ.

• Чаще встречается комбинированный подтип, наблюдаются сопутствующие расстройства в форме агрессивного и антисоциального поведения.

Разумеется, это лишь статистические отличия, выявленные при сравнении больших групп детей. В действительности между девочками и мальчиками с СДВГ много общего. При этом у каждого ребенка независимо от пола свой индивидуальный вариант расстройства. Статистические гендерные различия не должны превратиться в еще один стереотип, который будет заслонять реальную индивидуальность каждого ребенка.

Проявления этого расстройства различны в разные возрастные периоды развития человека. Об этом подробнее говорится в следующем разделе.

Выводы

• СДВГ является полиморфным расстройством, которое имеет много проявлений.

• СДВГ характеризуется ситуативной вариабельностью, изменчивостью симптомов – и это обусловливает частые разногласия в восприятии проблем ребенка.

• В диагностической классификации DSM-IV выделяют три подтипа СДВГ, хотя до сих пор ведутся дискуссии о том, являются ли разные подтипы проявлением одного расстройства или скорее отдельными нозологическими единицами.

• С точки зрения клинической и прогностической ценности можно выделять разные по степени тяжести формы СДВГ: легкую,

умеренную и выраженную.

• СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем – поведенческих, социальных, академических; однако наличие или отсутствие этих проблем обусловлено не только СДВГ, но и характером взаимодействия ребенка с социальным окружением, поддержкой, которую он получает, или, наоборот, ее отсутствием. Главные этиологические факторы СДВГ – биологические, а главные прогностические – социальные.

• СДВГ является расстройством с высоким индексом коморбидности, то есть наличия сопутствующих психиатрических расстройств. Об этом следует помнить в клинической практике, учитывая важность своевременного выявления и адекватной терапии коморбидных расстройств у детей с СДВГ.

• СДВГ у девочек часто бывает скрытым, проявляется несколько иначе, чем у мальчиков, однако не менее нуждается в соответствующем клиническом внимании и адекватной терапии.

Возрастная динамика СДВГ

Симптомы СДВГ различны в каждой возрастной группе, специфичны и вторичные последствия и проблемы, связанные с этим расстройством. В этой главе рассматривается возрастная динамика СДВГ, понимание которой очень важно для оказания соответствующей помощи лицам с СДВГ и их окружению.

Некоторые родители отмечают, что уже на стадии внутриутробного развития их ребенок был «гиперактивным» – много двигался, толкался и явно отличался от своих братьев или сестер. Иногда это бывает проявлением внутриутробной гипоксии, а иногда генетически заложенного темперамента.

На первом году жизни у некоторых (не у всех!) детей с СДВГ отмечаются признаки так называемого «тяжелого» темперамента. Эти дети много и интенсивно плачут, легко раздражаются, гипервозбудимы, плохо адаптируются к изменениям в режиме, у них часто доминирует плохое настроение, наблюдаются неурегулированные биологические ритмы сна, питания и высокий уровень активности. Признаки «тяжелого» темперамента, хотя и встречаются у детей с СДВГ чаще, наблюдаются и у детей без СДВГ. Тем не менее дети с «тяжелым» темпераментом представляют особую трудность для родителей, которые нуждаются в квалифицированной помощи, чтобы адаптироваться и найти правильный подход к ребенку. У части детей с СДВГ (тоже далеко не у всех) наблюдается ускоренное двигательное развитие, и родители отмечают, что ребенок «уже в 9 месяцев носился, как тайфун, по дому», «не пошел, а сразу побежал» и т. п.

Возрастной период ***от одного года до шести*** для многих родителей бывает наиболее трудным, поскольку типичные в это время для всех детей оппозиционность, негативизм, склонность к эмоциональным реакциям, умноженные на импульсивность и гиперактивность ребенка с СДВГ, создают настоящую «взрывную смесь».

Соответственно одна из главных задач родителей в это время – помощь ребенку в развитии самоконтроля, обучение социальным правилам поведения – особенно трудна, и без применения дополнительных, специфических для детей с СДВГ техник дисциплины родители могут ощущать себя несостоятельными в своей родительской роли.

Основные симптомы СДВГ у ребенка этого возраста – ***двигательная гиперактивность,*** «***неуправляемость***» ***и склонность к сильным эмоциональным реакциям.*** Двигательная

гиперактивность обычно выражена более всего – именно от нее и от непослушания родители в этот период «сходят с ума». Дома, в транспорте, в общественных местах, на игровой площадке – ребенок неудержим в своей потребности двигаться, исследовать, искать новые впечатления и приключения. Родители, которым трудно «догнать» свое дитя, переживают стресс, поскольку ощущают напряжение, стараясь обезопасить ребенка, предотвратить несчастный случай или просто заставить его делать то, что нужно.

Именно в этот период ***двигательная гиперактивность*** часто не воспринимается родителями как «симптом», поскольку она типична для многих дошкольников (хотя и не в такой интенсивности, как при СДВГ). Это не создает значительных проблем, ведь взрослые обычно не ограничивают детей-дошкольников в возможности двигаться. Также скорее всего именно поэтому родители обычно не предъявляют жалоб и относительно нарушения внимания – ведь ребенок в этом возрасте достаточно редко оказывается в ситуации, где от него требовалась бы продолжительная концентрация и сосредоточенность. Однако при целевом опросе подобные проблемы обычно выявляются – например, отмечается, что ребенок очень мало интересуется книгами, быстро начинает скучать и отдает предпочтение более активным занятиям. Можно сказать, что симптомы СДВГ в этом возрасте являются гиперболизацией типичных для этого возраста характеристик поведения ребенка, а потому часто воспринимаются родителями как нечто преходящее. Они просто ждут, что к школе поведение ребенка изменится, и к специалистам не обращаются.

Другой типичной проблемой этого возраста является ***неуправляемое поведение*** ребенка. Как уже упоминалось, основной задачей родителей ребенка в возрасте от года до 6 лет является обучение малыша социальным нормам поведения, выработка кооперабельности – то есть умения сотрудничать с другими, в частности выполнять указания, придерживаться правил, учитывать социальные последствия своих действий и т. д. Термин «кооперабельность» в большей степени отвечает демократическим принципам воспитания, чем более привычный термин «послушание». При авторитарном стиле воспитания послушание (покорность из страха наказания) может быть целью для родителей, но отнюдь не отвечает требованию полноценного психологического развития ребенка. Развивая кооперабельность и самоконтроль у ребенка, родители сталкиваются с нелегкой задачей – проявлять мудрость, дисциплинируя ребенка. По своему происхождению слово «дисциплина» ***(лат.*** **–** disciplina)

означает учение. Вопреки многочисленным попыткам научить ребенка понятиям «нет», «нельзя», «надо» и т. п., родители терпят неудачу за неудачей. Нарастает разочарование в ребенке («злой характер»), в себе («мы – плохие родители»), в методах обучения («ничего не помогает»), друг в друге («это она так разбаловала ребенка»), в роли родителей («если бы знали, что это так тяжело, не заводили бы…»). Таким образом, снижается самооценка родителей, наступают эмоциональные срывы. В отдельных случаях как следствие нервного истощения, раздражения и неэффективности «демократических» методов появляются попытки контролировать ребенка с помощью физического наказания или эмоционального шантажа, запугивания типа «отдадим тебя в милицию, в интернат, если будешь таким непослушным». Разумеется, это вносит серьезные проблемы в детско-родительские отношения и отнюдь не способствует улучшению поведения. И тогда наступает фаза разочарования во всех методах дисциплинирования – и та же дисциплина становится либо крайне непоследовательной, либо вовсе отсутствует. Возможностей научиться самоконтролю и социально приемлемому поведению у ребенка становится еще меньше, а при негативных отношениях с родителями у него может вообще исчезнуть основной социальный мотив к развитию самоконтроля. Ребенок займет оппозиционную, враждебную позицию: «меня не любят, не уважают, вот и я никого не буду уважать и буду действовать всем наперекор». Именно в этот период закладываются предпосылки куда более серьезных социальных проблем, которые могут проявиться уже в старшем возрасте…

В возрасте от года до шести ребенок склонен к ***сильным и частым эмоциональным реакциям*** – каждая фрустрация, столкновение с «нельзя», каждый отказ родителей выполнить его желание может вызвать бурную эмоциональную реакцию. Неудивительно, что родители часто сдаются, ощущая интенсивное давление с его стороны. Справиться с подобными реакциями ребенка, эффективно взаимодействовать с ним вместо того, чтобы мгновенно сдаться и отступить перед его волей – нелегкая задача для родителей, и помощь специалистов им очень нужна.

Возникают трудности в отношениях с ровесниками, в частности агрессивность в случае противостояния, отказа поделиться игрушкой и т. д. Осознание последствий и контроль собственного поведения в его социальном контексте детям с СДВГ дается не сразу и нелегко…

Ввиду того, что СДВГ имеет разные степени тяжести, проблемное поведение детей этого возраста с легкой формой

СДВГ может не создавать значительных проблем, и тогда родители не осознают наличие расстройства у ребенка и не ощущают потребности в помощи. Некоторым родителям удается самостоятельно найти эффективные способы влияния на поведение ребенка, и они не испытывают значительных трудностей. Иногда с проблемами сталкиваются воспитатели дошкольных учреждений – случается, что именно воспитатели мотивируют родителей обратиться за профессиональной помощью. Психологи и воспитатели дошкольных учреждений имеют оптимальную возможность для раннего выявления СДВГ и эффективной помощи семье и ребенку, поэтому очень важна их осведомленность относительно современных подходов к оказанию такой помощи. При более тяжелой форме СДВГ выраженность симптомов и значительные трудности в воспитании ребенка заставляют родителей уже с раннего возраста искать профессиональной помощи, что позволяет – и это очень важно – своевременно и эффективно вмешаться в проблему, прежде чем появятся вторичные осложнения и дополнительные расстройства. К сожалению, иногда бывает и так, что родители сталкиваются с некомпетентными попытками помощи или же вообще с отрицанием существования трудностей, и это подрывает их доверие к специалистам и осложняет возможность продуктивного сотрудничества в будущем.

Следующий возрастной этап – ***6—11 лет*** – основной в плане выявления СДВГ, ведь именно в это время ребенок идет в школу и сталкивается с большим количеством требований, и именно здесь, на фоне одноклассников, трудности и особенности ребенка с СДВГ не заметить сложно. Симптоматику этого возраста описывают все учебники и диагностические классификации, именно в этот период ярко проявляется диагностическая триада ***гиперактивность – нарушение внимания – импульсивность.*** Следствием наличия у школьника СДВГ становится проблемное поведение на уроках и в школе в целом, проблемы со школьной успеваемостью, а также в отношениях с одноклассниками и учителями. Родители испытывают стресс, связанный с замечаниями и вызовами в школу по поводу поведения и успеваемости, а также с необходимостью помощи ребенку при выполнении домашних заданий, отнимающей время и энергию. Осознание неудач собственного ребенка, его социальных трудностей (одиночество, отсутствие друзей, отчуждение и насмешки); того, что он не усваивает учебную программу – «хотя может», нарастание проблем в отношениях между ребенком и родителями обычно мобилизует родителей на поиск профессиональной помощи. Учителя младшей школы могут

сыграть положительную роль в мотивировании родителей. От их личной, педагогической позиции и профессиональной компетенции в значительной мере зависит судьба ребенка. Именно школа по значению будет следующим после семьи фактором в определении прогноза будущего ребенка.

Рост требований в школе приводит к усилению стремления родителей дисциплинировать ребенка. Учителя ожидают, что родители будут влиять на процесс обучения и воспитания, и уже само родительское осознание невозможности отвечать этим ожиданиям нередко приводит к напряженности между родителями и ребенком, нарастанию внутрисемейных конфликтов.

Те трудности (социальные, академические, семейные), которые прогрессивно нарастают у части детей с СДВГ, не получающих надлежащей помощи и поддержки со стороны родителей и специалистов, нередко приводят к низкой самооценке, утрате веры в себя, в свои способности, в свою привлекательность как друга для ровесников – и, соответственно к потере учебной мотивации, к социальной изоляции, или, наоборот, к попыткам добиться благосклонности порой неприемлемыми методами. Непопулярность среди детей, низкая самооценка является психологической почвой для формирования проблемного поведения: агрессии (в частности, в школе по отношению к ровесникам), «клоунады» на уроках с целью привлечь внимание и завоевать популярность, старания «купить» дружбу подарками, деньгами, выносимыми тайком из дома, и т. п. Отвергнутый одноклассниками ребенок может оказаться в антисоциальном обществе, где «всех принимают», но с целью реализации корыстных целей старших детей и подростков, а то и взрослых с уже сформированной антисоциальной индивидуальностью. Как следствие совокупности этих факторов (а также и сопутствующих, например, проблемы, связанные с наличием психической патологии у родителей), у части детей с СДВГ в школьный период развиваются серьезные вторичные поведенческие проблемы – в частности, агрессивное и антисоциальное поведение.

Безусловно, вторичные расстройства и проблемы имеются далеко не у всех детей, тем более они не являются приговором и окончательным вердиктом для ребенка, они связаны прежде всего с недостаточным пониманием и отсутствием помощи со стороны социальной среды. Эффективные методики привлечения к оказанию помощи семьи и учителей могут предотвратить развитие вторичных осложнений и оказать содействие здоровому психологическому росту ребенка с СДВГ. Этот возрастной этап в

становлении личности может быть ключевым не только по отношению к нарастанию проблем, но и по отношению к их эффективному решению, достижению успеха в разных сферах жизни и социальной интеграции ребенка.

Подростковый возраст расставляет свои акценты. С одной стороны, он является продолжением предыдущих этапов развития ребенка и соответственно продолжением проблем или, наоборот, опыта их преодоления. Кроме того, это возраст, который сам по себе содержит компонент неминуемой оппозиционности в отношении со взрослыми, а потому у подростка с СДВГ оппозиционность может проявляться с удвоенной силой. Поэтому для семьи и учителей это может быть особенно сложное время. Эмансипационные стремления подростка, его потребность вести себя независимо и совершать «взрослые», то есть запрещенные поступки, умноженные на неспособность индивида с СДВГ оценивать риск и последствия своих действий, могут приводить к новым проявлениям проблемного поведения – злоупотреблению алкоголем и наркотиками, вождению автомобиля без разрешения или в нетрезвом виде и др. Закономерно возрастает частота несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий, правонарушений. Другое проявление подросткового возраста – открытие и интеграция сексуальности – также в силу импульсивных, непродуманных действий может иметь для части подростков с СДВГ нежелательные последствия, в частности незапланированную беременность, венерические заболевания и т. д.

У тех детей, которые приобрели вторичные проблемы еще на предыдущих возрастных этапах, неудачи в академической и социальной сферах, сниженная самооценка, изолированность, опыт отторжения в подростковый период нередко приводят к развитию депрессии и связанному с ней злоупотреблению алкоголем/наркотиками или попыткам самоубийства. Исследования ***(Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 172–187) подтвердили повышенную частоту проблем такого характера у подростков с СДВГ; в частности, распространенность злоупотребления алкоголем и наркотиками составляет около 30 %. Соответственно и антисоциальное поведение может проявиться на этом этапе или же прогрессировать по степени тяжести. По статистическим данным, распространенность антисоциального поведения среди подростков с СДВГ составляет около 35 %.

Что касается самой манифестации симптомов СДВГ, то в подростковом возрасте происходит их определенный патоморфоз, модификация. В частности наблюдается значительное

уменьшение двигательной гиперактивности. Возможно, именно на основе этого возник миф о том, что дети «перерастают» СДВГ. С учетом концепции патогенеза расстройства, где в центре стоит нарушение самоконтроля, становится понятно, что двигательная гиперактивность, хотя и является наиболее «видимым» симптомом и соответственно его «визиткой», отнюдь не представляет главную проблему. К сожалению, другие симптомы СДВГ хотя и могут смягчаться с возрастным созреванием головного мозга, все равно остаются. Это, в частности, касается импульсивности, проблем с самоорганизацией и планированием, нарушений внимания, нарушений эмоционального контроля. Продолжаются и обусловленные ими проблемы в социальных отношениях, в учебе и самоорганизации поведения в целом. Но значение этих проблем в подростковом возрасте, разумеется, уже меняется. Если учесть, что для подростка намного более важны, чем для ребенка младшего школьного возраста, отношения и самоутверждение в среде ровесников, то становится понятным, что непопулярность, одиночество, опыт отторжения или насмешек будут переживаться значительно тяжелее. Соответственно возрастает и риск агрессивного поведения или вхождения в антисоциальную группу. У части подростков это может приводить к более интернализо-ванным проблемам, например депрессии или социальной фобии и т. п. То же касается и учебных неудач: это уже не просто «остаться на второй год в первом классе», – для многих подростков эти неудачи означают отсутствие перспектив получения высшего образования, профессии и даже завершения обучения в средней школе…

В связи с несколько иной представленностью симптомов и в частности отсутствием выраженной двигательной гиперактивности, большинство подростков с СДВГ, у которых расстройство не было диагностировано в раннем возрасте, имеют мало шансов на то, что диагноз будет верно поставлен сейчас, и как следствие они вряд ли получат специфическую помощь. Если подростки с СДВГ и попадают в сферу охраны психического здоровья, то обычно с уже вторичными проблемами – депрессией, агрессивным поведением, злоупотреблением алкоголем и т. п. Понятно, что за маской этих расстройств заметить СДВГ и предоставить соответствующую помощь нелегко, и происходит это, к сожалению, нечасто…

Как уже упоминалось, СДВГ – пожизненное расстройство, его симптомы присутствуют и в ***зрелом возрасте.*** Лишь в трети случаев (при более легких формах СДВГ) это расстройство с возрастом теряет свою симптоматику, у остальных 70 % оно прослеживается на протяжении всей жизни. Несмотря на то, что

СДВГ есть у 3 % взрослого населения, специфическую помощь получает лишь незначительная часть нуждающихся, что позволяет говорить об СДВГ как об одном из наиболее скрытых и замаскированных расстройств зрелого возраста. «Масками» этого расстройства становятся вторичные социальные и психиатрические проблемы. Несмотря на то, что зрелые люди с СДВГ при условии надлежащей поддержки и помощи могут жить полноценной жизнью, многие из них, вследствие отрицательного опыта, полученного в детстве, испытывают серьезные проблемы ***(Weiss,*** 1997; ***Goldstein,*** 1998; ***Barkley,*** 1996). Эти трудности являются следствиями не только СДВГ, но и вторичных социальных и психологических проблем – низкой самооценки, нарушения формирования личности и т. п. Часть взрослых с СДВГ в связи с неблагополучной социальной средой, в которой они росли, опытом неудач и отторжения, испытывают проблемы с социальной адаптацией – для них характерны асоциальное поведение, криминальные действия, жизнь «вне закона». У другой части возникают проблемы в сфере получения образования, работы и заработка: у них часто нет профессионального образования, и как следствие для них характерны низкооплачиваемая работа, частые смены мест работы, безработица, низкое социально-экономическое положение, бедность. Значительная часть взрослых с СДВГ испытывают трудности и в социальной сфере: переживают семейные проблемы или же вообще не заводят семью, у них отсутствуют близкие межличностные отношения, они испытывают одиночество или примыкают к «нездоровым» социальным группам… Понятно, что наличие таких проблем связано с возникновением вторичных (коморбидных) психиатрических расстройств – злоупотребления, зависимости от алкоголя и наркотиков, пристрастия к азартным играм, расстройств настроения, тревожных и соматоформных расстройств личности; повышенного риска самоубийства и несчастных случаев, в частности дорожно-транспортных происшествий.

И снова важно подчеркнуть, что такая судьба не является неминуемой, при надлежащей помощи дети с СДВГ могут иметь счастливое будущее и в зрелом возрасте, несмотря на наличие симптомов расстройства, могут эффективно функционировать и в профессиональной сфере, и в социальной, и межличностной, и не иметь вторичных проблем с психическим здоровьем. Более того, и в зрелом возрасте многим можно помочь – в последние годы большое количество научных исследований и экспериментальных клинических программ сфокусированы на поиске эффективных путей помощи взрослым с СДВГ ***(Brown,*** 2000; ***Weiss,*** 1997;

Hallowell, Ratey, 1995; ***Nadeau, Quinn,*** 2002).

Симптоматика СДВГ в зрелом возрасте также имеет свои особенности и выглядит «по-взрослому», хотя большинство симптомов является прямым продолжением предыдущих. «Взрослыми» проявлениями ***двигательной гиперактивности*** становятся высокий уровень активности, потребность постоянно что-то делать, не сидеть на месте, а также склонность часто менять положение тела, часто перебирать что-то руками, интенсивная жестикуляция и т. п. Проблемы с ***невнимательностью*** проявляются прежде всего в общении, а также в забывчивости, склонности терять, забывать вещи, неумении продолжительно и сосредоточенно работать над малоинтересным заданием. Так же, как и в детстве, малоинтересная работа будет сопровождаться многочисленными откладываниями, отвлечениями и попытками вообще ее избежать, переключиться на что-либо другое. ***Импульсивность*** будет проявляться склонностью перебивать собеседника, нетерпеливостью; чрезмерной эмоциональностью и «раскованностью» в общении («говорит не думая», «что на уме, то и на языке»); трудностью с самоорганизацией (типичен «хаотичный стиль жизни», безалаберность, неспособность поддерживать порядок), с ведением финансов (импульсивные, необдуманные затраты на второстепенные вещи, неспособность планировать, экономить) и домашнего хозяйства (несвоевременная оплата счетов, отсутствие порядка и т. п.); проблемами с соблюдением обязательств и импульсивным мышлением (неорганизованные, хаотичные мысли – «конфетти»). Типичные трудности с планированием и организацией своих действий проявляются также в невозможности «собраться», чтобы своевременно начать какое-то дело (часты опоздания, затягивание, задержки) и довести его до конца, вообще неумением планировать и эффективно использовать время, «владеть» временем. Соответственно возникают проблемы как на работе, так и в межличностных отношениях. Чрезмерная болтливость, склонность доминировать в разговоре, перебивать, скакать с темы на тему; невнимательность в разговоре; забывчивость и безответственность, невыполнение обещаний или обязательств; чрезмерная эмоциональность (в частности, проблемы с контролем злости, склонность чрезмерно бурно реагировать на фрустрации) – все это существенно осложняет межличностные отношения. Зачастую такие люди подвергаются осуждению и отторжению, поскольку их особенности воспринимаются другими как проявления «эгоизма и безответственности». Соответственно часто возникают проблемы

в супружеской жизни, в установлении и сохранении дружеских и производственных отношений.

СДВГ – это «невидимые ограничения», а потому многие люди не понимают, что часть своих проблем человек с СДВГ не контролирует и даже не осознает. В случае же заниженной самооценки он часто может не воспринимать критику, проецировать вину на других, только усугубляя конфликты и отталкивая от себя других.

Однако в зрелом возрасте, как и в любом другом, наличие СДВГ может создавать и определенные преимущества – об этом будет больше сказано далее.

Выводы

• Симптоматика СДВГ имеет возрастную специфику, на каждом возрастном этапе наблюдаются свои особенности ее проявления.

• В раннем детстве часть детей с СДВГ имеет признаки так называемого трудного темперамента.

• Дошкольный возраст ребенка иногда является наиболее стрессовым для родителей в связи с максимальной выраженностью двигательной гиперактивности и «неуправляемости» поведения; многие родители в это время не обращаются за профессиональной помощью, ожидая, что трудности пройдут.

• Очень важно выявить СДВГ в дошкольном возрасте, до возникновения вторичных осложнений и проблем, и начать оказывать помощь семье и ребенку как можно раньше.

• В школьном возрасте СДВГ выявляется чаще всего в связи с выраженностью проблем в новых (школьных) условиях. Основные проблемы этого периода связаны с поведением в школе и дома, академической неуспеваемостью и отношениями с ровесниками.

• В случае отсутствия правильной помощи проблемы школьника с СДВГ будут нарастать и со временем могут развиться вторичные осложнения: негативная самооценка, социальная изоляция, агрессивное поведение и др.

• В подростковом возрасте симптомы двигательной гиперактивности в отличие от других симптомов СДВГ обычно значительно уменьшаются, но у части подростков возникают другие проблемы, связанные с рискованным поведением, принадлежностью к антисоциальным группировкам, вторичными эмоциональными расстройствами и др.

• 70 % детей с СДВГ будут иметь признаки этого расстройства и в зрелом возрасте – это по меньшей мере 3 % взрослого населения.

• В зрелом возрасте СДВГ является одним из наиболее скрытых и замаскированных расстройств: его «масками» обычно становятся другие социальные и психические нарушения.

• При условии надлежащей социальной поддержки и компетентной профессиональной помощи человек с СДВГ может полноценно себя реализовать на каждом возрастном этапе жизни.

Опыт семьи, где есть ребенок с СДВГ

Семья является основной средой жизни ребенка и определяющим фактором формирования его личности, а соответственно и его будущего. И это, без сомнения, особенно относится к ребенку с СДВГ – для него семейный опыт является действительно решающим. Исследования показали (см. ***Barkley,*** 1996. С. 130–168), что главными факторами, которые определяют прогноз, возможность полноценного развития ребенка с СДВГ, его самоактуализации, являются характеристики семьи ребенка. Именно от них зависит риск формирования у ребенка вторичных психосоциальных проблем. Как уже не раз отмечалось, СДВГ – это своего рода катализатор, который в одной среде способствует реакциям, приводящим к одним последствиям, а в другой – к другим. Социальная среда определяет характер и следствие этих реакций – будут ли они положительно или отрицательно влиять на судьбу ребенка и его семьи, и в какой мере. Именно поэтому внимание к характеристикам семьи, понимание ее опыта и тесное сотрудничество с родителями в рамках семейно-центрированного подход необходимы для обеспечения эффективной помощи.

Ребенок с СДВГ – это стресс и совершенно особый опыт для всей семьи. Это ребенок, который требует постоянного присмотра, часто попадает в переплеты, все переворачивает, ломает, разбивает. Этот ребенок еще и неподатлив – вопреки множеству объяснений, разъяснений, нотаций, замечаний он продолжает делать то, чего нельзя, – а то что нужно не делает (перечеркивая своим поведением все ожидания родителей и ближайшего окружения). А если учесть, что родителям никто не объяснял, что это особенный ребенок, который нуждается в особом подходе, то становятся понятными фрустрации и разочарования, переживаемые семьей.

Но это еще не весь негативный опыт: следует добавить советы и комментарии близкого окружения и просто прохожих, соседей и т. д. «лучше воспитывать ребенка», «это вы его/ее так разбаловали, это ваша вина», замечания из школы, вызовы к директору, советы перевести в другую школу, постоянный стыд и страх («что еще натворит мой ребенок?»). Постоянные возмещения стоимости разбитых окон, сломанных игрушек и т. д. Извинения перед другими за поведение ребенка. Злость на других за недостаток толерантности и понимания, за отказ гулять вместе, за нежелание приглашать в гости вместе с ребенком. А коллективные петиции родителей одноклассников с требованием перевести этого ребенка в другой класс или школу…

Также стоит вспомнить супружеские конфликты с выяснениями, кто виноват и кто и как должен воспитывать. И отчаяние из-за проблем с успеваемостью, многочасовые общие «сидения» над домашним заданием. И конфликты с ребенком – нервные срывы с криками и побоями, а потом злость на себя и стыд за свое поведение. И ощущение потери контакта с ребенком, непонимание друг друга. Страх за будущее ребенка. Страх за будущее его братьев и сестер. Недостаток поддержки. Отчаяние, одиночество, безысходность. Как с болью высказалась одна мама: «Я теряю своего ребенка…»

Неудивительно, что исследования родителей детей с СДВГ показали высокий уровень стресса – один из самых высоких по сравнению с родителями детей с другими формами ограничений у ребенка ***(Mash, Johnston,*** 1983; ***Breen, Barkley,*** 1988). СДВГ является в действительности одним из наиболее стрессогенных для родителей расстройств. А последствия высокого уровня хронического стресса хорошо известны: это и снижение иммунитета, и развитие психосоматических заболеваний, и расстройства психического здоровья. Поэтому чрезвычайно важным компонентом программы помощи семье ребенка является обучение методам «совладания» со стрессом и непосредственное решение тех проблем, которые служат причиной стресса.

Особенностью опыта семьи в связи с существованием большого количества мифов и недоразумений вокруг СДВГ является стресс от непонимания того, что происходит с ребенком и как ему эффективно помочь. Многие семьи в Украине имеют опыт отрицательного взаимодействия со специалистами – разные, противоречивые и неразъясненные диагнозы, противоположные по смыслу советы, разнообразные методы лечения и реабилитации (и, к сожалению, подавляющее большинство из них – методы и средства, не имеющие никаких научных и клинических доказательств эффективности); финансовые затраты, связанные с этим; негативное восприятие ребенка специалистами, обвинение родителей в неумении контролировать ребенка, иногда настоящая война между родителями и учителями и т. п. Споры вокруг того, что происходит с ребенком и как ему помочь, часто присутствуют в самой семье, где муж и жена по-разному воспринимают ситуацию и предлагают разные подходы к ее решению. Отсюда – непоследовательность в воспитании и как следствие углубление поведенческих проблем. Недостаток информации, понимания происходящего, отсутствие эффективного сотрудничества со специалистами является одним из самых существенных источников стресса для семьи, в которой растет ребенок с СДВГ. Это подтверждает важность

информирования, образования родителей.

Понятно, что получение реальной информации о состоянии ребенка и о том, в чем заключаются его «невидимые ограничения», бывает эмоционально нелегким для родителей. Ведь вместе с ним приходит осознание ограничений ребенка, реальности пожизненного расстройства и потеря надежды на попытки вылечить СДВГ «одним курсом медикаментозной терапии». Эмоционально примириться с этой реальностью – задача не из легких. Возникают эмоциональные реакции, типичные для ситуаций, когда родители узнают о других формах расстройств развития ребенка, например, ДЦП, умственной отсталости: отрицание реальности диагноза и прогноза, поиск «чудодейственного» исцеления, злость, чувство вины, страх за будущее, отчаяние, подавленность. Можно сказать, что задача принятия реальности включает в себя задачу примирения с потерей того, что, возможно, ожидалось и хотелось от жизни – как для своего ребенка, так и для своей семьи. Это также примирение с тем, что в жизни будут специфические трудности и испытания, далеко не все из которых можно будет обойти или избежать. Примирение с реальностью, как и ее осознание, происходит не одномоментно, оно длится в течение жизни. Но, безусловно, без принятия диагноза невозможно работать с реальностью. Ведь только тогда, когда эмоционально мы можем «отпустить» то, что невозможно, мы можем «инвестировать» в развитие возможного, в помощь ребенку в развитии и самоактуализации. И потому в клинической работе с родителями нужно быть внимательным к их чувствам, к их эмоциональной реакции на осознание особых потребностей своего ребенка. Примирение нуждается во времени. При этом необходимо сопровождение, и поддержка на этом пути, и помощь в том, чтобы увидеть положительное как в ребенке, так и в жизни, увидеть возможности развития, то, что можно изменить – и сосредоточить всю энергию на достижении возможных изменений.

К сожалению, не все родители находят силы, поддержку и необходимые знания, чтобы справиться с трудностями, связанными с воспитанием ребенка с СДВГ. Исследования показывают, что для части семей, которые не имеют необходимых собственных ресурсов и внешней помощи, этот опыт иногда приводит к негативным последствиям. У родителей детей с СДВГ по сравнению с родителями из «контрольной группы» чаще наблюдается заниженная самооценка – в частности в сфере родительства, и это особенно касается матерей; также выявлены более высокие показатели депрессии ***(Lahey, Piacentini, McBurnett*** et al., 1988; ***Mash, Johnston,*** 1983). Развитие депрессии

является прогностически неблагоприятным фактором, так как приводит к углублению нарушений в сфере родительства и в жизни семьи в целом, образуя замкнутый круг: нарастание поведенческих проблем у ребенка – самообвинение – низкая самооценка – развитие депрессии – углубление нарушений в контакте с ребенком – дальнейшее нарастание поведенческих трудностей. Поэтому выявление данных проблем и эффективное вмешательство становятся чрезвычайно важными. Необходимо учитывать, что преждевременные попытки научить родителей методам поведенческой терапии (которая, как уже упоминалось выше, является одним из основных методов помощи детям с СДВГ) в случае невыявления депрессии, например у матери, приводят к ухудшению ситуации: ведь в состоянии депрессии мать будет неспособна внедрять новые методы поведенческого влияния и, следовательно, потерпит очередную неудачу и испытает еще большее разочарование и страх.

Более высокие показатели стресса, заниженной самооценки, самообвинений и депрессии у матерей по сравнению с отцами понятны в силу существующей гендерной роли женщины как ответственной за воспитание детей в первую очередь в отличие от мужчин, которые преимущественно беспокоятся о финансовом обеспечении семьи. Дисфункциональность и негативные последствия для обоих полов такого ригидного определения гендерной роли доказаны социологами и психологами, но общество еще далеко от осознания данного факта как проблемы, которая нуждается в решении на уровне общественного и индивидуального сознания. Вследствие таких представлений о роли мужчины и женщины в семье страдают как женщины (из-за отсутствия надлежащей поддержки со стороны мужчины, его более пассивной и отстраненной роли в воспитании детей), так и мужчины (т. к. их отношения с детьми часто более отстраненные, прохладные, источником стресса для мужчин также становится чрезмерная самоидентификация с размером собственного заработка). Разумеется, данная картина наблюдается далеко не во всех семьях. Тем не менее, с клинической точки зрения чрезвычайно важно не только поддерживать матерей, но и активно привлекать отцов, давая им возможность осознать собственную значимость для детей, важность их присутствия в семье и ответственность за достижение перемен к лучшему. Прочные супружеские отношения, активное участие обоих родителей в воспитании детей – один из наиболее весомых факторов позитивного прогноза развития ребенка с СДВГ.

Другой проблемой семей является социальная изоляция. Это также вполне понятно и является следствием негативного опыта

взаимодействия семьи с окружающей средой и отторжения семьи социальным окружением, самоизоляции семьи с целью избегания неприятных ситуаций. Отсутствие социальной поддержки как со стороны ближайших членов семьи, так и от друзей, соседей и т. п. является неблагоприятным фактором, ведь, как известно из исследований последствий хронического стресса, наличие социальной поддержки является важнейшим фактором, защищающим от негативного влияния стресса на физическое, психическое и социальное здоровье (***Greenberg***., 1999). Более того, отрицательное взаимодействие с социальным окружением может быть само по себе фактором стресса для семьи и ребенка. Следовательно, в процессе диагностики важно выявить характер взаимодействия семьи с социальным окружением, наличие социальной поддержки, и в «пакет» помощи следует включать группы взаимоподдержки «родители для родителей», программы волонтеров и т. п. Без сомнения, не менее важным является и общее просвещение общества относительно детей с СДВГ и их особых потребностей – что способствовало бы как усилению понимания, толерантности, так и ослаблению предубеждений и негативного отношения.

Более высокие показатели распространенности психической патологии у родителей детей с СДВГ, к сожалению, касаются не только депрессии. В связи с генетической природой этого расстройства у родителей также часто наблюдается СДВГ или по крайней мере резидуальные, «остаточные» симптомы. Если у ребенка СДВГ, то по статистике 20–35 % родителей также имеют это расстройство ***(Biederman Faraone, Mick***et al., 1986). Иногда, когда родителям передается информация об СДВГ, они узнают в себе или в супруге его признаки. Это создает для них дополнительные трудности, в частности в воспитании ребенка: импульсивные реакции могут препятствовать внедрению последовательной дисциплины, вспышки неконтролируемой злости с физическим насилием не только моделируют в ребенке агрессивное поведение, но и вредят взаимоотношениям между родителями и ребенком. Поэтому выявление СДВГ у родителей, их просвещение относительно особенностей этого расстройства в зрелом возрасте и специфическая помощь, в частности в сфере родительства, в контроле над «импульсивным воспитанием» чрезвычайно важны.

У родителей с СДВГ статистически повышены показатели и других расстройств, связанных с СДВГ: наблюдаются депрессия, биполярное расстройство, тревожные расстройства, расстройства личности (в частности антисоциальное), зависимость от алкоголя и наркотиков, проблемы с контролем агрессивного поведения,

интеллектуальная недостаточность и прочие ***(Biederman Faraone, Mick*** et al., 1986). Это же касается и социальных проблем, таких как безработица, низкий социально-экономический статус, трудности в межличностных отношениях.

Наличие у родителей проблем с психическим здоровьем нуждается в повышенном клиническом внимании и в силу того, что это является прогностически неблагоприятным фактором. Помощь ребенку с СДВГ возможна лишь в контексте семейно-центрированных услуг, где именно вся семья, а не только ребенок является фокусом терапевтических воздействий.

Другим распространенным явлением в семьях, где есть ребенок с СДВГ, бывает нарушение отношений между родителями и ребенком. В некоторых семьях оно может носить злокачественно-прогрессирующий характер. Barkley (1996. С. 132–146) описывает типичную спираль ухудшения отношений: сначала родители стараются игнорировать поведенческие проблемы, думая, что ребенок так ведет себя, чтобы привлечь внимание. Потом, в связи с тем, что проблемы усиливаются, родители начинают больше внимания уделять ребенку: объяснять, ругать, стыдить, делать замечания или же стараются воспитывать «методом пряника» – уговорить ребенка, «купить» и т. п. Но и эти методы не помогают или же дают лишь незначительный эффект. В отчаянии родители могут прибегнуть к крайним формам дисциплинирования: запугиванию («отдадим тебя в интернат, милиционеру» и т. п.), эмоциональному шантажу («не будем любить тебя, если ты будешь так себя вести»), физическому наказанию. Наконец начинают «сдавать нервы» и появляются «взрывы» жестокого отношения к ребенку, физического воздействия, эмоциональных обид. У родителей может развиться негативное восприятие ребенка как злого, нехорошего, с «ужасным» характером. Такое восприятие может оправдывать жестокое или отчужденное отношение к ребенку, его отвержение. Может нарастать желание избегать ребенка, «освободить» себя от родительской роли. Конечно, не все родители доходят до этого. Есть множество семей, которые любят и понимают своего ребенка, ищут пути помощи и собственными усилиями или с помощью специалистов достигают значительных успехов. Но есть и такие семьи, где спираль негативных взаимодействий приводит лишь к нарастанию поведенческих проблем ребенка, к ухудшению отношений. Наконец, в части семей может развиться неверие в то, что ребенку можно помочь и что родители могут как-то повлиять на его поведение. Соответственно исчезают или же становятся непоследовательными попытки поддерживать дисциплину. В

некоторых семьях имеет место прямое или косвенное отчуждение ребенка, эмоциональное и физическое воздействие: риск испытать такое отношение у детей с СДВГ в 2–4 раза выше, чем у ровесников из контрольной группы (см. ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С 110–112).

Таким образом, и в диагностическом процессе, и в подходах к помощи большое внимание должно уделяться характеру отношений между родителями и ребенком – качество этих отношений является определяющим в психологическом развитии ребенка, формировании его личности.

Описывая опыт семьи, нельзя обойти вниманием братьев и сестер ребенка с СДВГ. Вспоминаю одного мальчика, который признался, что, когда вырастет, мечтает переехать жить в Африку – «подальше от Андрея» (своего гиперактивного брата). Стресс негативных взаимодействий, как непосредственно с гиперактивным братом или сестрой, так и с родителями для братьев и сестер такого ребенка также высок. Нелегко и родителям, перегруженным проблемами гиперактивного ребенка, оставаться внимательными к потребностям других детей. А иногда конфликты между братьями и сестрами становятся дополнительным источником стресса для родителей. Поэтому с клинической точки зрения важно сохранять системное восприятие семьи и быть чуткими к тому, как все члены семьи реагируют на присутствие ребенка с СДВГ, как это отражается на жизни каждого члена семьи, какие реакции порождает. Следует также помнить, что если в семье есть один ребенок с СДВГ, риск наличия расстройства у родных братьев и сестер довольно высок – от 25 до 35 % ***(Biederman Faraone, Mick*** et al., 1986) – поэтому при обследовании важно хотя бы скрининговыми вопросами исследовать характеристики всех детей.

В завершение хочется еще раз отметить силу двустороннего влияния – как ребенка с СДВГ на других членов семьи, так и наоборот. Это влияние может иметь положительные, защитные, ресурсные компоненты и вместе с тем факторы стресса и травматизации. Как уже не раз отмечалось, СДВГ – это особенное расстройство, в котором главные этиологические факторы являются биологическими, а прогностические – социальными. Положительное влияние семьи на ребенка – тот главнейший фактор, который может предупредить возникновение вторичных проблем и содействовать полноценному развитию и самоактуализации ребенка. Однако влияние семьи может быть и отрицательным и соответственно определять прогноз будущего ребенка. Выделено по меньшей мере несколько отрицательных прогностических семейных факторов: неадекватные методы

поведенческого контроля и дисциплины со стороны родителей, наличие психических расстройств у родителей, дисфункциональные супружеские отношения, агрессивное/ антисоциальное поведение родителей ***(Barkley,*** 1996. С. 151). Помощь ребенку с СДВГ возможна лишь при условии помощи его семье в преодолении тех специфических трудностей, с которыми она сталкивается.

Эта глава была сфокусирована преимущественно на особых трудностях, с которыми сталкивается в своем опыте семья с гиперактивным ребенком. Тем не менее важно помнить, что опыт воспитания ребенка с особыми потребностями, и в частности гиперактивного, несет в себе и много положительных возможностей, о которых часто говорят сами родители. Статистически повышенные показатели специфических проблем в семьях детей с СДВГ не должны приводить к стереотипному восприятию этих семей как патологических или дисфункциональных. Как и каждая семья, семья ребенка с СДВГ может иметь свои трудности, и свои сильные стороны, и положительный опыт. Многие родители отмечают опыт личностного роста, открытие особого смысла жизни, любви, более глубокого единства и взаимной поддержки между членами семьи – как следствие столкновения с испытаниями и опытом их преодоления…

Выводы

Главные прогностические факторы СДВГ, вопреки его биологической природе, социальны – в частности, прогноз дальнейшего развития ребенка в значительной мере определяется характеристиками семьи.

• Существует сильное двустороннее влияние как семьи на ребенка, так и ребенка на семью – это влияние имеет как отрицательные, так и положительные аспекты.

• Исследования показали повышенные показатели стресса у родителей детей с СДВГ, занижение самооценки, в частности в сфере родительства, и более высокую распространенность депрессии. Часты также супружеские конфликты и нарушения отношений между родителями и ребенком.

• Статистически повышен и риск определенных психических расстройств у родителей – наличия СДВГ, а также расстройств настроения, антисоциального поведения, личностных расстройств, интеллектуальной недостаточности, зависимости от алкоголя и др. Это касается далеко не всех родителей и не должно быть основанием к их предубежденному восприятию.

• Для многих семей большой проблемой является социальная

изоляция и отрицательное взаимодействие с социальным окружением.

• В особом внимании нуждается не только ребенок с СДВГ, но и его братья и сестры, которые сталкиваются со специфическими трудностями и часто имеют опыт негативного взаимодействия, а соответственно и риск нарушения отношений с братом или сестрой с СДВГ.

• Семейный контекст ребенка с СДВГ очень важен также и с точки зрения обеспечения эффективных клинических вмешательств: обследование ребенка необходимо всегда проводить в семейно-центрированном фокусе; семья должна быть активно вовлечена в процесс терапии ребенка, а часто и сама нуждается в специфической помощи.

• Важно не патологизировать семью и осознавать, что, как сам ребенок с СДВГ может иметь много положительных черт, так и опыт его воспитания для многих родителей может быть положительным, содействовать личностному развитию, единению и взаимной поддержке между членами семьи.

Целостное видение ребенка с СДВГ

Первую часть книги, в которой обсуждается природа СДВГ, описываются особенности этого расстройства, обусловленные им трудности (для самого ребенка и для его ближайшего социального окружения), хочется подытожить отдельной главой. Цель этой главы – помочь преодолеть взгляд на ребенка лишь сквозь призму ярлыка-диагноза, а риск такого видения, к сожалению, достаточно велик. Между тем каждый ребенок – это целая вселенная, более того, вселенная, которая расширяется, находится в беспрерывном развитии…

Да, с одной стороны, важно признавать СДВГ как реальное расстройство, сопровождающееся пожизненными ограничениями определенных функций. Попытки минимизировать его, свести лишь к «потребности ребенка в движении» могут привести к недооценке значительных проблем будущего развития ребенка и препятствовать своевременному применению эффективных вмешательств. С другой стороны, многое зависит от того, какое значение мы придаем термину «расстройство», как мы воспринимаем ребенка с нарушениями психологического развития. Восприятие ребенка с СДВГ как «дефективного», «неполноценного», стигматизация, предубежденное отношение к нему как к неисправимому, «злому» по характеру, генетически запрограммированному на агрессивность и антисоциальность представляет большую опасность как для ребенка, так и для общества. К счастью, сегодня заметна тенденция к отходу от отрицательно окрашенной лексики и замене ее терминами, которые отражают особые нужды таких детей и скорее подчеркивают их потребность в особой помощи, чем акцентируют неполноценность («дети с особыми потребностями», «дети с интеллектуальными ограничениями»). Эти изменения в терминологическом поле отображают тенденцию к восприятию ребенка прежде всего как человека, который имеет свои сильные стороны, возможности, который является не «дефективным», а скорее особенным, как и каждый ребенок, и при этом имеет свои ограничения в определенной сфере, а значит, нуждается в особой помощи.

Как уже не раз отмечалось, СДВГ – это «невидимые ограничения», они не так заметны, как, например, при ДЦП, а потому дети с СДВГ не рассматриваются как инвалиды и не пользуются социальными льготами. Тем не менее это не должно вводить в заблуждения и приводить к недооценке биологически обусловленных ограничений ребенка в сфере развития контроля

над собственным поведением и необходимости поддержки и помощи. Как для детей с ДЦП нужно адаптировать среду, чтобы по возможности свести к минимуму имеющиеся ограничения в движении (например обеспечить свободу передвижения для детей и взрослых в колясках, построив пандусы и другие специальные приспособления), так и для детей с СДВГ необходимо адаптировать среду – учебную, семейную и т. п. – для минимизации поведенческих проблем и риска развития вторичных осложнений. Наиболее эффективны те виды помощи, которые оптимизируют среду и компенсируют дефицит самоконтроля у ребенка за счет более интенсивного внимания, более четких «рамок», последовательных поощрений и наказаний и т. д. Суть любого расстройства развития состоит в том, что, вопреки немалым потенциальным способностям ребенка, есть определенные дефициты, которые ликвидировать невозможно, но можно реально уменьшить их отрицательные последствия, подобрав эффективные адаптационные и компенсационные средства. Чрезвычайно важно осознавать, что поведение ребенка, его психологическое развитие, хотя и имеет безусловно биологическую почву, является следствием комплексного взаимодействия ***биопсихосоциальных факторов.*** Не существует никакой «запрограммированности» детей с СДВГ на развитие антисоциального или агрессивного поведения. Биологические особенности обусловливают лишь трудности в соблюдении установленных правил и развитии контроля, и это создает определенные проблемы, но личность ребенка формируется только во взаимодействии с социальной средой, и это во многом определяет прогноз его дальнейшего развития. Поэтому родители должны понимать: хотя дети с СДВГ и требуют дополнительных усилий в воспитании, но именно родители своей последовательностью, мудростью, любовью и преданностью ребенку могут в полной мере помочь ему расти, развиваться и самоактуализироваться. Важно воспринимать ребенка с СДВГ ***целостно,*** а это возможно лишь при условии осознания многообразия и важности взаимодействия всех биопсихосоциальных факторов. Вселенная ребенка расширяется и развивается не только согласно определенной внутренней программе, но и в беспрерывном взаимодействии с другими мирами – других людей вокруг, общества в целом…

Необходимо отметить социальное значение проблемы СДВГ, учитывать важность макросоциальных факторов. Помощь ребенку с СДВГ будет неполной, если речь идет лишь о реабилитации ребенка и его семьи – чрезвычайно важна также реабилитация общества – как в плане образования, уменьшения предубеждений,

так и в плане необходимых реформ в сферах образования, охраны психического здоровья, политики в отношении поддержки семьи и многих других областях. Социальный вес вопроса СДВГ весьма велик: дети с этим расстройством потенциально могут быть совершенно полноценными, активными членами общества, однако они представляют и группу риска, и без оказания соответствующей помощи могут развиваться по негативному сценарию и отрицательно влиять на здоровье общества в целом, усугубляя такие проблемы, как зависимость от алкоголя и наркотиков, криминальные действия, насилие, агрессивное поведение, безработица и др. Поэтому именно в этом месте хочется еще раз повторить слова Ахмеда Окаши, приведенные в эпиграфе, о том, что «будущее нашего общества определяется тем, какое внимание мы уделяем проблеме охраны психического здоровья детей сегодня». Во многих странах действуют национальные программы оказания помощи детям с СДВГ, в такой программе нуждаются и все страны бывшего СССР.

Еще раз подчеркнем важность целостного видения ребенка с СДВГ: СДВГ – лишь один из аспектов его существования. В каждом ребенке столько индивидуального, столько неповторимых особенностей – способностей, талантов, сильных сторон; у каждого свои возрастные задачи развития, свой неповторимый жизненный путь. И, безусловно, помочь ребенку мы можем лишь тогда, когда видим конкретно его во всей его целостности, уникальную личность в неповторимом социальном контексте, а не «типичный случай СДВГ». Целостное видение ребенка является предпосылкой эффективной помощи родителям: ведь часто подобная задача возникает перед специалистом и в работе с родителями – помочь им расширить фокус восприятия ребенка, увидеть его положительные стороны и способности, а не только проблемное поведение. Ведь, раскрывая положительные стороны ребенка и развивая его способности, мы помогаем формированию его нормальной самооценки и успешной социальной интеграции – два чрезвычайно весомых прогностических фактора.

СДВГ – парадоксальное расстройство. Оно не только создает ребенку проблемы, но и дает определенные сильные стороны и положительные качества. Обусловленная СДВГ слабость импульс-контроля зачастую предотвращает возникновение типичных для многих людей проблем с чрезмерным самоконтролем, сдержанностью, чрезмерной «зацикленностью» на прошлом или будущем, недостатком спонтанности, эмоциональности и открытости в отношениях. Многие родители отмечают, что в определенных ситуациях особенности ребенка дают ему особые возможности и становятся скорее положительными

характеристиками.

К положительным качествам детей с СДВГ (понятно, что мы говорим обобщенно, без учета индивидуальных различий, в силу возможности вторичных нарушений психологического развития эти черты проявляются не у всех детей) можно прежде всего отнести их искренность, сердечность, непосредственность в отношениях. То, что в одних ситуациях воспринимается как чрезмерная раскованность, может развиться в такую хорошую черту, как открытость, коммуникабельность, отсутствие сильной стеснительности или шаблонности в общении. Дети с СДВГ часто характеризуются как честные, непосредственные, настоящие. Эти черты придают им социальную привлекательность в общении и частично могут компенсировать их социальные и коммуникативные дефициты. Слабость системы торможения, контроля может также содействовать развитию особых способностей детей в тех сферах, где нужны быстрые, творческие, непосредственные реакции, и может стать их сильной стороной, способствуя развитию креативности, спонтанности, умения действовать нешаблонно, импровизировать. Многие самоактуализированные взрослые с СДВГ отличаются творческими способностями, нестандартным подходом к решению проблем, именно им приходят в голову смелые, «немыслимые» идеи, которые могут оказаться действительно эвристическими. Высокий уровень активности детей и взрослых с СДВГ при условии интегрированного развития личности может проявляться в таком положительном аспекте, как энергичность, энтузиазм, неисчерпаемая жажда жизни и деятельности. При условии фокусирования энергии на том, что интересно и важно, это будет приводить к высокой производительности труда. Если человека с СДВГ заинтересовать, «зажечь» каким-то делом, он может отдаться ему полностью, всецело посвящая ему себя.

«Узкое окно внутреннего времени» также имеет и свои преимущества. В частности, оно дает возможность жить «здесь и сейчас», не сожалеть чрезмерно ни о прошлом, ни о будущем, полностью отдаваться той реальности, которая есть в данный момент, – глубоко ощущать настоящий миг и полностью жить в нем. И хотя, без сомнения, детям с СДВГ важно учиться действовать, опираясь на прошлый опыт и думая о последствиях, тем не менее во многих жизненных ситуациях не менее важно уметь полностью «погружаться» в настоящее. В современном мире мы часто настолько озабочены тревогами о будущем или переосмыслением прошлого, что просто расходимся с настоящим, оно пролетает мимо нас, будто пейзажи за окном автомобиля, мчащегося на большой скорости. Порой мы просто не замечаем

жизни, не видим, как проходят весна, лето, осень, зима, как проходят мимо нас люди, события, годы… И возможно, жизнерадостность, умение жить и чувствовать сегодня – это дар детей с СДВГ.

С «узким окном времени» связана и способность быстро «отходить», не держать зла, не погружаться надолго в прошлые обиды и негативные переживания. Еще одно позитивное качество детей с СДВГ – это их смелость, отвага, которые во многих случаях позволяют им действовать мужественно, бесстрашно – как настоящим героям (но вспомним, что иногда при чрезмерной рискованности, отсутствии целесообразной осторожности это может иметь и негативные последствия).

Отсутствие чрезмерного долгосрочного прогнозирования дает детям с СДВГ мужество рисковать, быстро реагировать на события и возможности. В зрелом возрасте это также дает им возможность ловить те быстротечные шансы фортуны, которые другие люди часто упускают, слишком долго колеблясь и взвешивая все «за и против». А отсутствие стремления к подробному анализу, долгому интеллектуальному осмыслению информации открывает многим детям и взрослым с СДВГ лучший доступ к интуитивному знанию, ощущению. Интуиция – это действительно большой дар и важнейший способ познания.

Эмоциональность, экспрессивность детей с СДВГ также во многих ситуациях может рассматриваться как положительная черта – их отзывчивость, веселый характер, энергия, позитивная театральность, умение веселить других может стать основой социального успеха, как в отношениях с близким окружением, так и в профессиональной самореализации.

В консультировании родителей детей с СДВГ мы часто прибегаем к метафоре садовника и дерева: садовник не может изменить природу молодого деревца – акация не может стать вербой, а сосна тополем. Но мудрый, заботливый садовник беспокоится о дереве, чтобы оно не заболело, не было повреждено ненастьем и развилось согласно своей природе, чтобы в назначенное время принести плоды. Так и забота о детях с СДВГ должна исходить из веры, что они имеют свой неповторимый дар, который является частью их уникальной индивидуальной природы, и задача родителей – разглядеть зародыши ценных плодов, чтобы взлелеять их и помочь им созреть.

Выводы

• Хотя использование диагностических категорий важно во многих аспектах, оно порождает и риск стигматизации детей с СДВГ, восприятие их исключительно через призму ярлыка-

диагноза.

• Существует опасность предубежденного восприятия ребенка с СДВГ как неисправимого, с плохим характером, генетически запрограммированного на агрессивность и антисоциальность.

• Биопсихосоциальная модель является основой целостного видения ребенка с СДВГ и фундаментом для комплекса диагностических и терапевтических мер.

• Модель «невидимых ограничений» имеет большую клиническую ценность и помогает лучше осознавать особые потребности детей с СДВГ и содействовать большей толерантности социального окружения по отношению к их поведенческим особенностям.

• Проблема СДВГ имеет большое социальное значение и требует реабилитации общества в целом, принятия реформ и целенаправленного комплекса мероприятий на государственном уровне. От эффективности и своевременной помощи детям с СДВГ и их семьям зависят возможность решения многих социальных проблем в государстве, а также социальное здоровье нации в целом.

• Особенности темперамента ребенка с СДВГ дают ему шанс развить много положительных личностных качеств, которые могут стать основой его позитивной самооценки, социального и профессионального успеха.

Часть II
Диагностика и терапия

Первым шагом в помощи детям с СДВГ должно быть признание биологической обусловленности ограничений в сфере самоконтроля и соответственно снятие обвинений с детей и их родителей. Вместе с тем мы должны осознать важность создания для ребенка компенсирующей среды, постоянной поддержки и помощи. Выраженность проблем и ограничений ребенка обусловлена не только самим СДВГ, но и характером взаимодействия ребенка с социальным окружением. Изменение ожиданий, подходов, воспитательных методов родителей и учителей может радикально изменить степень обусловленных СДВГ ограничений жизни ребенка.

Russell Barkley

Диагностика СДВГ

Грамотная, основательная диагностика является чрезвычайно важной предпосылкой эффективной помощи ребенку с СДВГ. Речь идет не только о подтверждении диагноза расстройства, но и о комплексном, глубинном понимании каждой индивидуальной ситуации – без достижения этого невозможна ни одна успешная терапевтическая программа.

Диагностический процесс при СДВГ довольно сложен, требует времени, высокого уровня компетенции и мультидисциплинарной команды специалистов. Он имеет несколько базовых целей: *установление диагноза СДВГ, выявление сопутствующих проблем и коморбидных расстройств, локализацию расстройства в биопсихосоциальном контексте жизни ребенка – в частности в контексте семьи и социальной среды – чтобы в конце концов получить целостную картину жизни ребенка.* Это своего рода «разведка» – она позволяет оценить расположение сил на поле боя, внутреннюю, интраперсональную и внешнюю, интерперсональную динамику, наличие как расстройств, нарушений, психотравмирующих факторов, так и защитных, ресурсных факторов. Только при условии «ощущения» специалистом динамики ситуации, прогностической значимости различных факторов в жизни ребенка и их комплексного взаимодействия можно выстроить успешный и реалистичный план помощи, который всегда является конечным результатом хорошего диагностического процесса.

Впрочем, установление диагноза и достижение понимания ситуации в парадигме биопсихосоциальной модели – не единственные цели диагностического процесса. Другой чрезвычайно важной и часто пренебрегаемой целью является *установление терапевтического альянса с семьей и ребенком, создание партнерских отношений, общего видения проблем, целей и совместно сформированного плана действий для их достижения.* Без достижения альянса с семьей терапевтические вмешательства обречены на неудачу. Вопреки тому, что налаживание отношений с семьей может казаться чем-то легким и само собой разумеющимся, именно в этой сфере чаще всего закладывается фундамент недоразумений, которые приводят к неэффективному сотрудничеству и соответственно отсутствию ожидаемого результата. Умение строить партнерские, равноправные отношения требует как определенных коммуникативных навыков, так и личностных характеристик. В обучении специалистов в странах постсоветского пространства этой сфере часто уделяется

недостаточно внимания. Поэтому родители нередко жалуются и выражают неудовольствие качеством отношений, которые у них складываются со специалистами.

Альянс с родителями невозможен также без общего видения и понимания проблем ребенка. Диагностический процесс действительно является ***общим*** исследованием проблем, он помогает более глубоко и комплексно увидеть биопсихосоциальные взаимодействия в жизни ребенка не только специалисту, но и родителям, а потому неизбежно сопровождается и психологическим просвещением, обучением родных ребенка. Для родителей понимание особых потребностей ребенка становится кардинально важной предпосылкой оказания ему грамотной помощи и успешного воспитания. Russell Barkley (1996) назвал работу с родителями важнейшим терапевтическим мероприятием из всех имеющихся для детей с СДВГ. Поэтому грамотный диагностический процесс сопровождается постепенным и последовательным обучением и завершается презентацией данных обследования родителям и ребенку с информированием о природе расстройства, принципах и методах помощи. Поэтому диагностический процесс является одновременно и терапевтическим – граница, между диагностикой и началом терапии очень условна. Уже в процессе диагностирования часто проводятся терапевтически важные мероприятия, например привлечение обоих родителей к исследованию путей решения проблем, реатрибуция (то есть перераспределение ответственности) причин поведенческих проблем и др. В течение качественного диагностического процесса у родителей обычно происходит не только определенный «катарсис», освобождение от ощущений вины, разочарования, безнадежности, растерянности и т. п., но и возрастает мотивация к действиям, единение, укрепляется надежда. Если возвратиться к метафоре «разведки», то диагностический процесс не только дает карту расположения и взаимодействия сил, но и способствует мобилизации ресурсов, объединению усилий и налаживанию эффективного партнерства.

Сложность и многогранность СДВГ обусловливает и диагностические трудности. Прежде всего достоверное установление диагноза – это нелегкая задача. В отличие от других медицинских расстройств, для которых существуют четкие методы лабораторного или инструментального подтверждения, для СДВГ нет ни одного объективного метода диагностики, основным методом остается клиническое интервью. Причем в самом интервью основой для диагноза становится не прямое выявление у ребенка признаков СДВГ во время консультации, а

данные анамнеза. Как уже упоминалось выше, по причине ситуативной вариабельности симптомов расстройства ребенок с СДВГ может на приеме у специалиста вести себя абсолютно адекватно, но это не исключает наличие СДВГ. Более того, нормальный ребенок при сильной усталости, долгом ожидании, плохом настроении на консультации может проявить черты гиперактивности, что увеличивает риск ошибочного выявления расстройства. В связи с тем, что при этом нарушении граница между нормальным поведением и расстройством весьма условна, устанавливать ее специалисту в каждом случае приходится «на собственное усмотрение» (в отличие от других расстройств, где все же существуют ориентиры). Таким образом, в силу необходимости принятия субъективного решения, достаточно высок риск ошибки: как невыявления СДВГ (это особенно касается более легких, «пограничных» форм расстройства), так и выявления расстройства там, где его на самом деле нет. Причем субъективность удваивается, ведь специалист ориентируется на данные анамнеза, которые отображают субъективное мнение родителей. Между тем родительские представления о том, какое поведение считать нормальным, а какое нет, могут быть очень разными и определяться многими факторами. В частности, при высоком уровне стресса, общей усталости, наличии депрессии родители могут воспринимать нормальное для определенного возраста поведение ребенка как гиперактивное, когда на самом деле оно таковым не является, а просто не соответствует ожиданиям и порогу толерантности родителей.

Поэтому одним из основных принципов диагностики является ***тщательность,*** которая требует получения информации из нескольких независимых источников (родители, школа), а при необходимости и привлечения дополнительных методов получения более объективной информации (например видеосъемка). В связи с тем, что СДВГ – это пожизненное расстройство с возможными серьезными вторичными последствиями, ошибочное установление или отрицание диагноза может иметь весомые негативные последствия для ребенка. Как уже было сказано, ребенок нуждается в комплексной, продолжительной помощи. Поэтому некоторые исследователи категорично настаивают на запрете постановки диагноза СДВГ на основе результатов 30-минутного обследования ***(Barkley,*** 1996. С. 260).

Однако это отнюдь не отменяет значимости выявления расстройства специалистами «первого звена», которые работают с большим количеством детей и не располагают достаточным временем на одну консультацию. Это касается прежде всего

врачей-педиатров и детских неврологов. Их роль чрезвычайно важна, ведь от своевременной диагностики и эффективной помощи такой семье зависит очень много. А для того чтобы заподозрить расстройство, на самом деле много времени не нужно: несколько скрининговых вопросов о наличии у ребенка поведенческих проблем, нарушения внимания и импульсивности, сведения о его успеваемости в школе и уровне двигательной активности могут оказаться достаточными. Такую же роль могут играть скрининговые опросники, которые предлагается заполнить родителям, а также информационные материалы на столиках или стендах в приемной и т. п. Очень важную роль в раннем выявлении СДВГ играют также педагоги – в частности, воспитатели детских садов и учителя младших классов. В учебно-воспитательном учреждении не заметить ребенка с СДВГ очень трудно, и потому важно распространять информацию об этом расстройстве именно в среде педагогов[5].

Итак, следующий этап диагностики может осуществляться в рамках мультидисциплинарной команды, которая специализируется на предоставлении услуг детям с поведенческими расстройствами и их семьям. В состав такой команды должны входить по меньшей мере два специалиста – психиатр и психолог. Приведем пример из опыта работы клиники центра «Джерело». В данной клинике в ***состав команды*** входят: детский психиатр, психотерапевт, психолог, детский невролог, социальный педагог, социальный работник, видеотренер. Поскольку центр «Джерело» является негосударственным учреждением, руководство обладает относительной свободой выбора кадровой комплектации команды и определения количества времени, которое отводится на диагностический процесс. При этом, к сожалению, в рамках существующей в постсоветском пространстве системы охраны психического здоровья не всегда возможно отвести 2–3 часа на проведение диагностики с одной семьей. Программа центра «Джерело» для детей с поведенческими расстройствами является аналогом западных «клиник СДВГ», которые специализируются на предоставлении семейно-центрированных мультимодальных форм помощи. Ниже приведен алгоритм диагностического процесса, который применяется в клинике центра согласно современным диагностическим протоколам[6].

Этапы диагностического процесса

1. Детский психиатр: клиническое интервью с родителями и ребенком.
2. Применение диагностических опросников.

3. Психолог: нейропсихологическое обследование.

4. Получение информации от учителей (с помощью опросников и непосредственно в беседе).

При необходимости, дополнительные обследования педиатра/невролога, других специалистов, инструментальные и лабораторные исследования с целью дифференциальной диагностики и др.

С клинической точки зрения ***базовый метод диагностики СДВГ – клиническое интервью с родителями и ребенком.*** Интервью должно осуществляться согласно современным стандартам интервьюирования в детской психиатрии, описание всех его аспектов выходит за рамки этой книги. Его специфическими особенностями должно быть исследование наличия основных симптомов СДВГ, их проявлений в разных средах и последствий в разных сферах жизни ребенка. При этом важно также выяснить историю развития ребенка, время появления симптомов и их изменение в процессе возрастного развития ребенка. В связи с высоким индексом коморбидности при СДВГ необходимо активно искать симптомы сопутствующих расстройств – и часть клинического интервью должна быть направлена на исследование возможного наличия других проблем. То же касается и отделения СДВГ от других расстройств, которые могут проявляться подобным образом. При сборе анамнеза важно учесть как можно больше аспектов жизни и развития ребенка – в частности, исследовать ситуацию в школе, социальное, речевое, интеллектуальное развитие, сильные стороны ребенка, увлечения и т. п. В разговоре с родителями об имеющихся поведенческих трудностях ребенка неизбежно обнаруживается их собственное восприятие этих проблем, значение, которое они им придают, способы преодоления и т. д. С клинической точки зрения это очень важные аспекты, которые должны быть тонко исследованы без обвинения и осуждения родителей. Стиль воспитания в семье, типичные реакции родителей на нарушение поведения, отличия во взаимодействии ребенка с матерью и отцом, атмосфера отношений с ребенком в целом являются важными сферами исследования (во время интервью применяется как метод опроса, так и метод непосредственного наблюдения).

Не менее значимой сферой исследования является семейная ситуация – в частности, уровень стресса у родителей, их личностные качества, возможное наличие проблем в сфере психического здоровья (СДВГ, депрессия и др.), качество супружеских отношений, наличие социальной поддержки,

положение других детей в семье, социально-экономический статус семьи и др. Клиницисту важно помнить, что некоторые из этих сфер особенно деликатны и родители могут скрывать определенную важную информацию (например, наличие в семье алкоголизма, случаев психиатрических заболеваний и т. п.) Эти сферы следует затрагивать с осторожностью, учитывая степень доверия со стороны родителей и объясняя, зачем эти вопросы задаются и почему эти знания так важны в плане эффективной помощи ребенку. Важно помнить, что не обо всем родители могут свободно говорить в присутствии ребенка, поэтому интервью структурируется так, что его вторая часть происходит с родителями наедине, когда ребенок идет на психологическое тестирование к психологу. Возможны различные варианты очередности опроса (например, сначала обследуется вся семья вместе, затем ребенок и родители по отдельности, или же сначала родители, затем все вместе и т. д.) Формат должен быть гибким в зависимости от каждого индивидуального случая.

Во время интервью необходимо пообщаться и с самим ребенком для исследования психического статуса и для того, чтобы узнать больше о личности ребенка, его самооценке, восприятии своих проблем, ситуации в семье, школе, его увлечениях, мечтах и т. д. Подробное описание интервью с ребенком выходит за рамки этой книги; следует лишь подчеркнуть, что для такого разговора нужно время, а также специфические техники, в частности проективные, игровые и др., которые бы помогли ребенку доверчиво раскрыть свой внутренний мир. Такое интервью не должно превращаться в допрос ребенка, оно требует умений и опыта, и, как часто говорят, находится на грани между «наукой и искусством». В процессе разговора с ребенком важной задачей является установление с ним отношений сотрудничества, доверия. Это нелегкая задача, если учесть, что часто ребенок подавлен опытом негативного отношения со стороны взрослых и настроен только на очередную порцию обвинений и критики. Ребенок нуждается в ощущении, что в него верят, его не судят, понимают, хотят помочь. Поэтому такое интервью неизбежно содержит психотерапевтический компонент. Вдобавок, если родители видят положительное отношение специалиста к ребенку, это может послужить для них моделью, примером взаимодействия, ведь зачастую выраженные поведенческие проблемы мешают родителям видеть в ребенке положительные стороны. А хорошая диагностика помогает увидеть ребенка всесторонне.

Первичное клиническое интервью с родителями и ребенком в нашем центре занимает полтора часа, завершается оно

разъяснением родителям смысла и значения предыдущих диагностических гипотез и необходимости следующих этапов диагностического процесса. В сложных случаях интервью со всей семьей либо отдельно с родителями или ребенком может быть продолжено на следующий день.

По завершении первого интервью родителям обычно даются ***опросники,*** касающиеся симптомов СДВГ. Подобные формы позволяют системно опросить родителей обо всех симптомах, оценить степень выраженности проблем (что дает также возможность для сравнения и мониторинга эффективности терапии), а также сэкономить определенное время на интервью. Вместе с тем это является элементом психологического обучения и привлечения обоих родителей. Однако по поводу применения опросников существует и ряд серьезных предостережений, в частности, ни в коем случае нельзя ставить диагноз исключительно на основе приведенных в них данных, важно уточнить уровень понимания родителями вопросов, попросить их дать конкретные примеры симптомов, которые они отметили, и др. В нашей клинике используются опросники Barkley и Vanderbilt (симптомы СДВГ и коморбидных расстройств), Goldstein (наличие социальных проблем у ребенка, стиль родительства), и опросник CBCL Achenbach (скрининг психиатрических расстройств у детей и подростков)[7].

Золотым правилом в диагностике СДВГ является подтверждение наличия расстройства по меньшей мере из двух независимых источников. Поэтому следующим, абсолютно необходимым диагностическим этапом является ***получение информации из школы от учителей.*** Цель данного этапа заключается не только в выявлении самого расстройства, но и в оценке ситуации в школе, успеваемости ребенка, его поведения, отношений с ровесниками и учителями, а также и характеристик самой школы, учителей, социальной среды и др. Обычно родителей просят передать учителям опросник Вандербильта, просьбу написать письменную характеристику на ребенка, а также разрешения пообщаться с учителем по телефону. В сложных случаях, в частности при выраженном конфликте между родителями и учителями, может возникнуть необходимость прямого обращения специалиста клиники в школу, непосредственной встречи. Мы просим родителей также принести дневник ребенка, тетради и т. п. – иногда они являются наилучшим отражением проблем с поведением или невнимательностью. Анализ данных из школы обычно производится при следующей встрече с родителями. Впрочем, желательно по возможности провести и непосредственный

разговор с учителем по телефону или при встрече. Вовлечение учителей в диагностический процесс крайне необходимо, поскольку они являются чрезвычайно важными партнерами в помощи ребенку, и без их понимания проблем, конструктивного сотрудничества с родителями и мотивации к помощи достичь реальных изменений очень трудно.

В сомнительных, «пограничных» случаях, когда мнения родителей и специалистов по поводу наличия у ребенка расстройства различаются, имеет смысл видеосъемка и ее анализ (запись поведения ребенка на уроке и т. п.). Однако помощь важна и в случаях поведенческих проблем без диагноза СДВГ – суть в конце концов, не в ярлыке…

Для всех детей с СДВГ, имеющих проблемы со школьной успеваемостью, необходимым элементом диагностического процесса становится нейропсихологическое обследование, целью которого являются установление уровня интеллектуального развития ребенка, а также выявление часто сопутствующих нарушений школьных навыков – чтения, письма, счета. Выявление этих расстройств важно и в плане дифференциальной диагностики, ведь при условии сниженных интеллектуальных возможностей вообще или специфических трудностях в учебе в частности нарушения внимания ребенка на уроках могут быть вызваны не СДВГ, а несоответствием программы уровню способностей ребенка.

Базовое педиатрическое и неврологическое обследование целесообразно в связи с необходимостью исключения «СДВГ-подобного» синдрома, обусловленного соматическими и неврологическими расстройствами. Важно помнить, что нарушения поведения и внимания у детей могут быть вызваны любыми общими соматическими заболеваниями – такими, как анемия, гипертиреоз, а также всеми расстройствами, которые служат причиной хронической боли, зуда, физического дискомфорта. Причиной «псевдо-СДВГ» могут быть и побочные действия определенных лекарств (например дифенил, фенобарбитал), а также целый ряд неврологических расстройств (эпилепсия с абсансами, хорея, тики и многие другие). Если врач подозревает медицинскую причину, то может понадобиться дополнительное инструментальное, лабораторное обследование состояния здоровья ребенка (например, электроэнцефалография для исключения эпилепсии). Впрочем, важно подчеркнуть, что согласно современным рекомендациям экспертов и диагностических протоколов проведение обязательных инструментальных обследований детям с СДВГ (в частности электроэнцефалограммы, компьютерной томографии и др.) не

показано. Вопреки тому, что у таких детей на ЭЭГ часто регистрируются некоторые нарушения, они не являются специфическими исключительно для СДВГ, следовательно, их наличие или отсутствие не может быть основанием для установления или неустановления диагноза СДВГ, а также для прогноза. Согласно выводу Американской академии неврологии и Американского общества клинической нейрофизиологии, «электроэнцефалография не имеет клинического значения ни в установлении диагноза СДВГ, ни в планировании лечения» ***(Nuwer,*** 1997). Конечно, это не касается тех случаев, когда есть подозрение на эпилепсию и ЭЭГ абсолютно целесообразна.

Проблемы ребенка могут быть обусловлены также наличием сенсорных расстройств, и здесь базовое педиатрическое обследование важно для выявления нарушений зрения или слуха, которые, будучи выраженными в незначительной степени, могут неадекватно диагностироваться. Педиатрическое обследование целесообразно и в связи с необходимостью оценки общего соматического состояния ребенка, выявления возможных противопоказаний относительно применения отдельных групп медикаментов, которые могут назначаться детям с СДВГ.

Что же касается непосредственно установления диагноза СДВГ, то здесь обязательным правилом должно быть соблюдение диагностических критериев. Использование критериев гарантирует тщательность диагностического процесса и предотвращает появление диагностических ошибок, последствия которых могут оказаться очень серьезными.

Итак, риск ошибок при диагностике очень высок и обусловливается целым рядом факторов:

• Симптомы СДВГ характеризуются чрезмерным и несоответствующим возрасту выражением типичного поведения ребенка, зачастую сложно установить границу между расстройством и вариантом темперамента.

• Наблюдается ситуативная вариабельность симптомов, и в определенной среде (в частности на консультации у врача) они могут не проявляться.

• Диагноз СДВГ устанавливается на основе подтверждения существования симптомов расстройства родителями и учителями – соответственно высок риск субъективности в оценке.

• Отсутствуют инструментальные методы подтверждения СДВГ, также нет патогномонических симптомов.

• Нарушение внимания, импульсивность и гиперактивность могут быть неспецифическими проявлениями других психиатрических и соматических расстройств.

Существует множество мифов об СДВГ и противоречивых

подходов в отношении его диагностики и лечения.

С целью снижения риска ошибок введены определенные диагностические критерии.

Диагностические критерии гиперактивного расстройства с дефицитом внимания по диагностической системе DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000)

Для установления диагноза СДВГ необходимо пользоваться следующими критериями (А + Б + В + Г + Д):

А. У пациента имеются симптомы нарушения внимания или гиперактивности – импульсивности (или же обоих) по меньшей мере на протяжении

6 месяцев, и эти симптомы выражены несоответственно возрасту и приводят к серьезным нарушениям функционирования:

(А1) Нарушение внимания – должны присутствовать по меньшей мере шесть из следующих симптомов:

a) часто не в состоянии сосредоточиться на деталях или делает ошибки по невнимательности при выполнении школьных заданий или при другой деятельности;

b) часто возникают проблемы с удержанием внимания на задании или игре;

c) часто возникают проблемы с организацией деятельности и выполнения заданий;

d) часто неохотно приступает к деятельности, которая требует продолжительного сосредоточения внимания (например, выполнение заданий на уроке или домашних заданий) или избегает ее;

e) часто теряет или забывает вещи, необходимые для выполнения заданий или другой деятельности (например, дневник, книги, ручки, инструменты, игрушки);

f) легко отвлекается на посторонние раздражители;

g) часто не слушает, когда к нему обращаются;

h) часто не придерживается указаний, не выполняет до конца или же в надлежащем объеме поручения, домашнее задание или другую работу (но не из протеста, упрямства или неспособности понять указание/задание);

i) забывчив в повседневной деятельности.

(А2) Гиперактивность – импульсивность – должны присутствовать по меньшей мере шесть из следующих

симптомов:

Гиперактивность:

a) не может усидеть на месте, постоянно двигается;

b) часто покидает свое место в ситуациях, где нужно сидеть (например на уроке и т. п.);

c) много бегает и «все переворачивает» там, где этого делать не следует (у подростков и взрослых эквивалентом может быть ощущение внутреннего напряжения и постоянная потребность двигаться);

d) не способен тихо, спокойно играть или же отдыхать;

e) действует словно «заведенный» – как игрушка с включенным «моторчиком»;

f) слишком много говорит.

Импульсивность:

g) часто говорит преждевременно, не дослушав вопрос до конца;

h) нетерпелив, часто не может дождаться своей очереди;

i) часто прерывает других и вмешивается в их деятельность/разговор.

Б. Симптомы расстройства (по крайней мере некоторые) присутствовали в возрасте до 7 лет.

В. Симптомы должны проявляться по меньшей мере в двух разных средах (школа, дом, игровая площадка и т. п.).

Г. Расстройство приводит к значительным проблемам в социальной, учебной и профессиональной (для взрослых) сферах.

Д. Эти симптомы не обусловлены другим психиатрическим или соматическим заболеванием.

В зависимости от соответствия критериям группы А выделяют три клинических подвида СДВГ, которые кодируются следующим образом:

314.01 СДВГ, комбинированный тип: если на протяжении последних 6 месяцев одновременно присутствуют и проявляются критерии А1 и А2.

314.0 ˚СДВГ с доминирующим дефицитом внимания: если на протяжении последних 6 месяцев проявляются симптомы только из подгруппы А1.

314.0 ˚СДВГ с доминирующей гиперактивностью–импульсивностью: если на протяжении последних 6 месяцев проявляются симптомы только из подгруппы А2.

Рекомендуется добавлять уточнение *«в стадии*

частичной ремиссии», если у пациента симптомы СДВГ раньше проявлялись в полной мере, но на данный момент сглажены и проявляются в недостаточной степени для полного соответствия критериям группы А (это уточнение особенно полезно для возрастных групп подростков и взрослых).

Как уже упоминалось выше, в системе МКБ-10 существует лишь один вариант гиперкинетического расстройства, который отвечает комбинированной форме СДВГ по DSM– IV (требования к установлению диагноза перекликаются с данной диагностической системой – см. первую главу книги). Это имеет определенный смысл, учитывая гипотезу о том, что подтип с нарушениями внимания без сопутствующей гиперактивности – импульсивности является нозологически другим расстройством с несколько иным этиологическим, патогенетическим компонентом и соответственно нуждается в отдельном рассмотрении и требует несколько иных терапевтических мер. К сожалению, на данный момент недостаточно научных данных, чтобы решить этот спор; существуют факты, подтверждающие, что этот подтип является частью СДВГ (в частности, у этого подтипа часто встречается положительная реакция на психостимуляторы, как и при комбинированной форме СДВГ), но также есть доказательства и в пользу того, что это нозологически другое расстройство.

Анализ диагностических критериев DSM-IV позволяет выделить основные акценты, которые расставляются в этой системе с целью обеспечения точности установления диагноза:

• симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности должны быть выражены достаточно интенсивно на протяжении продолжительного времени, несоответственно возрасту;

• симптомы должны быть первазивными (всепроникающими) и приводить к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни;

• симптомы расстройства должны присутствовать с раннего возраста;

• симптомы не обусловлены другим психиатрическим или соматическим расстройством.

Между тем система DSM-IV, как и любая другая диагностическая классификация, имеет и свои недостатки:

• Она сконцентрирована лишь на симптомах невнимательности, гиперактивности и импульсивности, тогда как патогенетически центральными симптомами могут быть и

нарушение планирования, контроля поведения и т. п. В частности, ввиду ослабления двигательной гиперактивности с возрастом, симптомы, необходимые для диагноза, вопреки наличию других не менее важных симптомов, могут уже почти не проявляться. Поэтому систему часто подвергают критике за ее неадаптированность к возрастным изменениям и направленность преимущественно на проблемы детей школьного возраста.

• Система не учитывает гендерные особенности, в частности, несколько иной характер проявления расстройства у девочек.

• Требование относительно количества симптомов может не всегда выполняться при более легких формах СДВГ, несмотря на то, что эти формы также могут сопровождаться серьезными вторичными проблемами.

• Требование относительно наличия проблем по меньшей мере в двух средах также может сделать невозможным диагностику более легких форм СДВГ, однако нередки случаи, когда в одной среде в силу ее особенностей ребенок может быть хорошо адаптированным, а в другой – иметь серьезные проблемы (например, дома проблемы минимальные, а в детском саду или школе – ярко выраженные).

• Остается спорным вопрос включения в классификацию подтипа с доминирующей невнимательностью.

В связи с этим хочется отметить, что диагностические системы (как DSM-IV, так и МКБ-10) должны быть использованы не как набор жестких правил, а скорее как вспомогательный инструмент. Не стоит пренебрегать интуицией, целостным пониманием расстройства, ведь диагноз – это основа для выбора эффективных методов помощи и существует для того, чтобы служить ребенку.

Также ввиду того, что наличие сопутствующих расстройств при СДВГ является скорее правилом, чем исключением (индекс коморбидности до 80 %), их поиск – одна из важных задач обследования. Специалист, который проводит интервью, должен владеть знаниями о симптомах этих расстройств и путем целенаправленного обследования проверить их наличие.

Основные коморбидные с СДВГ расстройства у детей

✓ Расстройства поведения (с оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением).

✓ Нарушение развития речи и школьных навыков.

✓ Тревожные и соматоформные расстройства (в том числе обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия и др.).

✓ Расстройства настроения (депрессия, биполярное расстройство – важно учитывать атипичную симптоматику его детской формы).

✓ Тики (в том числе синдром Жилля де ля Туретта).

✓ Нарушение развития координации движений.

✓ Расстройства спектра аутизма, умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность.

✓ Энурез, расстройства сна.

Следующим необходимым шагом при обследовании является тщательная ***дифференциальная диагностика.*** Изменения в поведении могут быть неспецифической реакцией на любой жизненный стрессовый фактор (развод родителей и т. д.). Они также могут быть, как уже упоминалось выше, реакцией на соматическую болезнь. «СДВГ-подобный» синдром может наблюдаться и при многих других психиатрических расстройствах – в таком случае нужно выяснить, идет ли речь о коморбидности, или нарушения поведения являются проявлением иного расстройства. Другим аспектом диагностики является проблема дифференциации с нормой – иногда нормальное поведение ребенка может неверно трактоваться родителями ввиду их собственных особенностей (например, это типично для матерей, страдающих от депрессии, высокого уровня стресса, тревожности). Ниже приводится дифференциально-диагностический перечень.

Дифференциальная диагностика при СДВГ

1. Нормальное для возраста поведение ребенка.

2. Соматические заболевания (большинство которых вызывают боль, дискомфорт, могут приводить к поведению типа «СДВГ», также некоторые эндокринные расстройства, эпилептические абсансы, кожные заболевания, которые вызывают зуд; неврологические расстройства и др.).

3. Нарушение зрения, слуха.

4. Расстройства развития: речи, школьных навыков, умственная отсталость.

5. Психиатрические расстройства: другие поведенческие расстройства, тревожные расстройства, расстройства настроения, шизофрения, расстройства спектра аутизма, острая стрессовая реакция,

посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, тики и др.

6. Ситуативные проблемы: например, конфликтная, стрессовая ситуация в школе, семье и т. п.

Итогом тщательной диагностики должна быть исчерпывающая диагностическая форма, из которой вытекает комплексный план помощи семье и ребенку и в которой содержится:

1. Основной диагноз.
2. Коморбидные расстройства и сопутствующие проблемы.
3. Психологическая характеристика ребенка.
4. Характеристика семьи ребенка.
5. Характеристика социального/образовательного контекста жизни ребенка.
6. Анализ основных отрицательных и положительных факторов влияния на динамику развития ребенка, характеристика взаимодействия этих факторов, прогностическое формулирование.

Диагностический этап завершается презентацией родителям данных обследования и общим планированием следующих шагов. Одной из главных характеристик качественного диагностического процесса является установление терапевтического альянса с семьей и ребенком, достижение общего видения имеющихся проблем и необходимых мероприятий для их преодоления. О построении системы терапевтических мероприятий будет идти речь в следующих главах.

Выводы

- Грамотная диагностика является важной предпосылкой эффективной помощи детям с СДВГ.
- Диагностический процесс при СДВГ довольно сложен и требует времени, высокого уровня компетенции и мультидисциплинарной команды специалистов.
- Диагностический процесс реализуется в контексте биопсихосоциальной модели – его целью является достижение понимания комплексного взаимодействия разных факторов в жизни ребенка.
- Важной целью диагностики является установление терапевтических отношений с семьей ребенка, достижение общего видения проблем и путей их преодоления.
- Чрезвычайно важно раннее выявление СДВГ, а оно невозможно без информированности родителей, специалистов, общественности об СДВГ и социальной значимости этой

проблемы.

• Существует целый ряд факторов, который обусловливает ошибки диагностики – как риск невыявления СДВГ специалистом, так и установления диагноза там, где на самом деле расстройства нет.

• В связи со сложностью диагностики СДВГ и высоким риском возникновения ошибок советами экспертов разработаны руководства-протоколы, которые определяют этапы диагностического процесса, рекомендованные методы обследования и диагностические критерии для установления диагноза расстройства.

• Золотым правилом диагностического процесса при СДВГ является тщательность, которая обеспечивается получением информации из нескольких источников, опорой на критерии, активным поиском сопутствующих расстройств и исчерпывающей дифференциальной диагностикой.

Модель помощи детям с СДВГ

СДВГ – хроническое пожизненное расстройство, а потому помощь детям с СДВГ должна базироваться на концепции долгосрочного сопровождения семьи и ребенка в течение жизни, а терапевтическая модель должна быть ориентирована на уменьшение негативного влияния СДВГ на развитие ребенка, преодоление и предупреждение вторичных проблем, а не на полное выздоровление. Важно видеть СДВГ в контексте жизни ребенка, его возрастных этапов развития, сложного взаимодействия биопсихосоциальных факторов – и соответственно выстраивать план терапевтических мероприятий, которые не только содействуют преодолению существующих трудностей, но и предупреждают возникновение вторичных проблем, способствуют позитивному развитию ребенка.

В основе такого сопровождения семьи и ребенка лежит надежная партнерская связь между родителями и специалистами. Для специалистов построение отношений с родителями особенно важно, поскольку составляет базовую предпосылку эффективного терапевтического сопровождения.

Помощь семье и ребенку всегда должна учитывать особенности каждого конкретного случая, отвечать потребностям каждого ребенка и его родных, а не быть стандартной и унифицированной. Недостаток внимания к индивидуальным особенностям делает помощь неэффективной, а попытки решить какую-то одну проблему без учета общего контекста могут лишь дестабилизировать ситуацию. Так, например, можно обучить мать ребенка, пребывающую в депрессии, методам поведенческого руководства. Однако без предоставления ей специфической помощи она вряд ли сможет применить рекомендованные принципы, и это приведет к отрицательным результатам: к усилению депрессии, неверию в себя, к разрыву отношений со специалистами и отрицанию эффективности предложенных методов. Следовательно, хорошая терапевтическая программа всегда должна строиться на тщательной диагностике. Такая программа должна быть реалистичной, учитывать приоритетность проблем и соответственно структурировать последовательность их решения.

Хорошая терапевтическая программа должна основываться на биопсихосоциальной модели СДВГ и действовать на всех уровнях. В этом заключается суть комплексного подхода. Модель мультимодальной терапии невозможна без командного подхода, где люди разных специальностей согласованно взаимодействуют

ради достижения общих целей, ориентируясь прежде всего на помощь ребенку в контексте его семьи и среды развития (школа, среда ровесников и т. п.) и действует на все факторы биопсихосоциальной цепочки.

В основе всей терапевтической программы лежит последовательное психологическое просвещение. Речь идет об образовании как детей, так и родителей, учителей, ровесников и в конце концов всего общества, их информирование о природе СДВГ, особенностях поведения детей и способах помощи им. Как уже упоминалось выше, Russell Barkley, известный эксперт в сфере СДВГ, назвал психологическое просвещение важнейшим компонентом всех терапевтических мероприятий. И это понятно: ведь как можно помочь ребенку, если не понимать его «изнутри», не осознавать его особенностей, настоящих причин и «механизма» его проблемного поведения? Такое понимание способствует не только большей толерантности в отношении его поведенческих проблем, но и осознанию важности правильных, последовательных реакций на разные проявления его поведения, а также соответствующей расстановке акцентов в разных аспектах воспитания ребенка. Осознание хронической природы СДВГ делает более реалистичными ожидания родителей относительно поведения ребенка и следовательно уменьшает стресс и способствует мобилизации и мудрому распределению энергии для «забега на марафонскую дистанцию»… Родителям как никому другому важно научиться жить со своим ребенком и его СДВГ, сочувственно понимать трудности, с которыми сталкивается ребенок, и терпеливо помогать ему в их преодолении. Просвещение родителей может осуществляться с помощью разных средств – информационных буклетов, книг, видеофильмов, индивидуальных и групповых лекций, Интернет-ресурсов и т. п. По нашим наблюдениям, особую ценность представляют групповые лекции, которые проводятся в интерактивном формате, – они дают возможность родителям разных детей встретиться, услышать друг от друга живые истории и примеры, обменяться опытом, обсудить вопросы и т. п. Важным компонентом психологического просвещения родителей должно быть и предостережение относительно существующих мифов и псевдонаучных методов лечения. И безусловно, необходимо ориентировать родителей на возможность помощи ребенку и преодоления проблем (одновременно информируя о реальных ограничениях помощи), а не подавлять их статистическими данными, отрицательным прогнозом на будущее и т. п.

Просвещение нужно и самому ребенку. Ведь большинство детей с СДВГ ощущают, что с ними «что-то не так», но часто не

понимают, что именно. Негативные реакции окружающих могут приводить к самообвинениям ребенка, формированию у него негативной самооценки. Информировать ребенка о его особенностях следует в доступной форме, соответствующей его возрасту, подчеркивая, что СДВГ – это особенность, которая, с одной стороны, затрудняет жизнь, а с другой – дает ребенку и определенные преимущества. Для этой цели подойдет метафорический язык – вспомним нашу любимую метафору: человек с СДВГ – спортивный автомобиль со слабой системой тормозов и руля. Поэтому «водитель-ученик» нуждается в помощи «инструктора», который имеет дополнительный тормоз, чтобы обеспечить безопасность вождения. В дальнейшем просвещение строится в соответствии с развивающейся способностью ребенка к самопознанию. То же касается и родителей – со временем они нуждаются в переосмыслении информации об СДВГ, а также о последних достижениях науки и перспективах помощи.

Не менее важно психологическое просвещение педагогов и одноклассников ребенка – оно является предпосылкой развития толерантности, желания помочь ребенку, стремления освоить эффективные приемы управления его поведением.

Модель терапевтических вмешательств для детей с СДВГ вытекает из этиопатогенетического понимания природы этого расстройства. Уровень функционирования ребенка определяется взаимодействием двух факторов: характеристик самого ребенка и характеристик социальной среды.

Эта модель особенно важна для детей с СДВГ, поскольку их поведение определяется больше внешними факторами, чем внутренними, и главные прогностические факторы – психосоциальные. Следовательно улучшить уровень функционирования можно путем влияния на ребенка (например, психофармакологического) и/или влияния на социальную среду (семья, школа, ровесники). Соответственно все терапевтические вмешательства при СДВГ можно разделить на две группы: те, что влияют непосредственно на ребенка, и те, что воздействуют опосредованно через влияние на среду.

Ниже приводится перечень основных терапевтических вмешательств при СДВГ, эффективность которых научно

доказана. Наличие доказательств эффективности тех или иных методов помощи чрезвычайно важно. Оно не только помогает родителям и специалистам ориентироваться в многообразии методов и выбирать эффективные вмешательства, но и защищает от затрат времени и средств на то, что не помогает или же помогает мало. Финансовые интересы отдельных лиц или целых организаций приводят к тому, что родителям иногда предлагают как «чрезвычайно результативные» сомнительные методы помощи. Это явление распространено во всем мире. Так, в частности, в своей монографии, посвященной СДВГ, Samuel Goldstein (1998. С. 641–653) отводит целую главу анализу методов, которые неэффективны, несмотря на то, что широко рекламируются. По его мнению, сфера медицинских и психосоциальных услуг – это рынок, и соответственно его участники преследуют коммерческие цели. В результате рекламные агенты (а среди них, к сожалению, могут быть и специалисты, прямая обязанность которых – лечить детей с СДВГ) используют те же приемы, что и при продаже других видов товара, а потому могут убедительно говорить о высокой эффективности методов, приводить примеры «чудо-эффекта», предлагать изготовленные их же компанией видеоматериалы и печатную продукцию. Многие родители попадаются на эту удочку: «А почему бы не попробовать, может, действительно поможет…» По мнению Goldstein, это лишняя трата энергии, времени и денег, кроме того, в результате семья нередко лишается возможности получить действительно эффективную помощь. Поэтому «этическая обязанность специалистов – предоставлять родителям научно достоверную информацию, в том числе и о противоречивых методах помощи, чтобы они могли выбрать наиболее адекватные и эффективные методы и не тратили зря и без того ограниченные финансовые и временные ресурсы семьи» ***(Goldstein,*** 1998. С. 652).

Неэффективные методы помощи при СДВГ

✓ Диетотерапия (диета Фейнгольда с исключением пищевых добавок, диета со сниженным содержанием углеводов и др.).

✓ Лечение большими дозами витаминов, минеральными добавками, аминокислотами и др.

✓ Метод сенсорной интеграции.

ˆ Мануальная терапия.

✓ ЭЭГ-биофидбек (метод электроэнцефалографической обратной связи).

✓ Терапия медикаментами, которые используются

для лечения вестибулярной дисфункции.

Чтобы сориентировать родителей и специалистов, советами экспертов на основе научных данных об эффективности методов помощи разработаны протоколы помощи детям с СДВГ[8]. Разумеется, речь идет не столько о том, что существующие в настоящее время методы позволяют вылечить СДВГ, сколько о том, что с их помощью можно значительно улучшить состояние ребенка, а также предупредить появление вторичных проблем, способствовать полноценному развитию ребенка и его самореализации.

По данным исследований (см. обзор в ***Goldstein,*** 1998. С. 443–458; ***Taylor et al,*** 2004), наиболее эффективными методами терапии при СДВГ являются психологическое просвещение, обучение родителей и педагогов методам управления поведением (поведенческой терапии), а также психофармакотерапия психостимулянтами или атомоксетином. И если психофармакотерапию можно считать базовым методом влияния на причины расстройства (психостимулянты и атомоксетин повышают концентрацию дофамина и норадреналина в нервных синапсах), то поведенческая терапия, которая основана на патогенетической концепции СДВГ, влияет на поведение ребенка путем организации факторов, действующих на мотивацию ребенка к позитивному поведению «здесь и сейчас». Когнитивная психотерапия и тренинг социальных навыков для детей в индивидуальной или групповой форме также дают положительный эффект, но более слабый по сравнению с предыдущими формами вмешательств причем лишь у детей старшего возраста (с 9—10 лет). Эффект удерживается лишь при условии одновременного обучения родителей/учителей способам оказания ежедневной поддержки и помощи ребенку в применении изученных техник и подходов. Поэтому данный метод является скорее дополнительным, чем основным.

Основные терапевтические вмешательства при СДВГ

1. Психологическое просвещение.
2. Поведенческая (бихевиоральная) терапия.
3. Психофармакотерапия.

Возможные (основные и дополнительные) терапевтические вмешательства при СДВГ

1. Дето-центрированные:

• Психологическое просвещение ребенка/ подростка.
• Психофармакотерапия.
• Психотерапия.

• Тренинг социальных навыков и др.

2. Семейно-центрированные:

• Психологическое просвещение родителей.

• Обучение родителей методам управления поведением.

• Семейная психотерапия.

• Индивидуальная психотерапия/психиатрическая помощь родителям.

• Социальная помощь семье.

• Домашний видеотренинг общения и др.

3. Ориентированные на педагогическую среду (школа, детский сад):

• Психологическое просвещение педагогов.

• Применение специфических подходов в обучении и управлении поведением ребенка с СДВГ в школе, детском саду.

• Выбор учебной среды (специализированная школа и т. п.) и др.

Согласно современному европейскому протоколу ***(Taylor et al,*** 2004), психологическое просвещение и обучение методам поведенческой терапии родителей и педагогов является основной формой помощи как в дошкольном, так и в школьном возрасте. Психофармакотерапия также является базовым вмешательством и применяется у детей с более тяжелыми формами СДВГ в школьном возрасте (речь идет о наличии выраженных первазивных симптомов расстройства, которые серьезно нарушают жизнедеятельность ребенка). В этих случаях рекомендуется начинать с психофармакотерапии и при ее недостаточной эффективности дополнять поведенческой терапией, а при более легких формах СДВГ у школьников ее следует применять после поведенческой терапии, если с помощью последней не удалось достичь серьезных терапевтических результатов. В выборе методов вмешательства (в частности, между поведенческой терапией, психофармакотерапией или их объединением) важную роль играют не только «протокольные» рекомендации, но и мнение родителей, их готовность и открытость к применению того или другого метода. Что касается дошкольников с СДВГ, то здесь психофармакотерапия может применяться лишь в исключительных случаях, когда при максимально полном использовании поведенческих вмешательств сохраняются значительные нарушения поведения, препятствующие нормальному функционированию ребенка. Когнитивная психотерапия и тренинг социальных навыков

рассматриваются как вспомогательные методы, их целесообразно применять в группе детей школьного возраста и подростков. Перечисленные терапевтические вмешательства представляют основу мультимодальной терапии при СДВГ.

Европейский протокол терапии СДВГ *(Taylor et al.,* 2004)

1. Дошкольный возраст:

a) Начинать с поведенческой (бихевиоральной) терапии.

b) Добавлять фармакотерапию лишь в случае недостаточной эффективности поведенческой при наличии серьезных нарушений функционирования ребенка в основных сферах жизни.

2. Школьный возраст:

a) Легкие формы – начинать с поведенческой терапии (дома и в школе), дополнить фармакотерапией при недостаточной эффективности предыдущих вмешательств.

b) Тяжелые формы – начинать с психофармакотерапии, при ее недостаточной эффективности/сопутствующих расстройствах – дополнить поведенческой терапией.

В связи с тем, что СДВГ является хроническим расстройством с высоким показателем коморбидности и значительным влиянием на психосоциальную среду ребенка, важно осознавать, что дети с СДВГ в большинстве случаев нуждаются именно в мультимодальной программе помощи, которая воздействовала бы на все звенья биопсихосоциальной цепочки факторов. Психофармакотерапия не может быть единственным методом помощи. Данные большого исследования, проведенного Национальным институтом психического здоровья США (MTA Cooperative Group, 1999, 2004), в котором сравнивалась эффективность поведенческой, медикаментозной и комбинированной терапии, показали, что изолированное применение психофармакотерапии значительно больше способствует редукции симптомов СДВГ, чем применение поведенческой терапии, – и это понятно: ведь медикаментозная терапия напрямую влияет на причину расстройства, а потому уменьшает его симптомы, тогда как поведенческая терапия скорее контролирует проявления симптомов и нацелена на уменьшение вызванных ими функциональных нарушений. Она оказывает своего рода компенсирующее воздействие и не столько уменьшает симптомы, сколько предупреждает их возможное

негативное влияние на функционирование ребенка в основных сферах жизни. Вышеупомянутое исследование показало также, что объединение медикаментозной и поведенческой терапии дает лишь незначительную дополнительную редукцию симптомов СДВГ по сравнению с изолированным применением фармакотерапии. Однако комбинированная форма терапии более эффективна, чем применение исключительно психофармакотерапии, в плане улучшения уровня функционирования семьи, а также влияния на коморбидные расстройства. Несмотря на то, что результаты исследования вызвали определенные сомнения относительно целесообразности применения поведенческой терапии во всех случаях СДВГ, ведущие специалисты в данной сфере выступили в защиту важности применения именно пакета психосоциальных вмешательств (см. ***Barkley,*** 2006. С. 454–460). Ценность этих методов состоит в первую очередь в том, что они дают результат, которого нельзя ожидать от медикаментозной терапии: они помогают родителям понять особенности своего ребенка, улучшить отношения с ним, выработать эффективные стратегии воспитания и управления его поведением. Это ведет к снижению семейного стресса, уровня конфликтов, улучшает самооценку родителей, эмоциональную атмосферу в семье. Соответственно улучшается эмоциональное самочувствие ребенка, повышается его самооценка. То же касается и применения поведенческой терапии педагогами в школе.

Особенная ценность психосоциальных вмешательств состоит именно в укреплении семьи как основного ресурса ребенка. А ввиду ожидаемого количества стрессов и испытаний как для семьи, так и для ребенка, едва ли может возникнуть сомнение в важности этих вмешательств, в их особенной поддерживающей силе. Если медикаментозная терапия действует на биологические факторы, и поэтому столь эффективно снижает выраженность симптомов, то психосоциальные вмешательства во многом определяют прогноз развития ребенка. Одной из основных задач психосоциальных вмешательств является обеспечение сопровождения семьи и ребенка в процессе развития последнего.

Ценность психосоциальных вмешательств состоит также в том, что они являются основой терапии коморбидных расстройств (в частности, расстройств поведения). Вспомним, что вероятность появления поведенческих расстройств при СДВГ очень высока (40–60 %). В развитии коморбидных расстройств «на почве СДВГ» основную роль играют психосоциальные факторы (психопатология родителей, негативные методы воспитания, негативные взаимоотношения между родителями и ребенком,

неблагоприятная среда ровесников). Поэтому психосоциальные вмешательства, даже в случае «чистого» СДВГ, играют существенную роль в терапии и, что особенно важно, в предупреждении развития вторичных поведенческих расстройств. Бихевиоральная терапия учит родителей руководить поведением своего ребенка с СДВГ (то же касается и педагогов относительно учеников с СДВГ). Это важная задача, ведь к детям с СДВГ нужен особенный подход: то, что действует на «обычных» детей, часто не срабатывает в случае СДВГ. Даже если ребенок принимает медикаменты, их действие не всегда продолжается 24 часа в сутки и не всегда на 100 % снимает симптоматику расстройства. Следовательно, уметь руководить поведением ребенка, ослаблять его негативные последствия – важная задача родителей. Многие родители предпочитают начинать с поведенческой терапии как с более безопасной и лишь при ее недостаточной эффективности соглашаются подключать медикаменты. Часть родителей имеет сильное предубеждение против психофармакотерапии в целом, которое не всегда удается преодолеть. В этих случаях поведенческая терапия является единственным методом помощи. Кроме того, медикаментозная терапия не всем родителям доступна и с финансовой точки зрения (например, цена препаратов Concerta и Strattera довольно высока – 70—100 евро в месяц), а значит, не каждый ребенок сможет ее получить. Поэтому в клинической практике важно не противопоставлять один метод помощи другому, а мудро объединять их в каждом конкретном случае.

Интенсивность психосоциальных вмешательств может быть разной в зависимости от особенностей семьи, выраженности психопатологии у родителей, семейной дисфункции. Вспомним, что Европейский протокол ***(Taylor et al.,*** 2004) предлагает начинать с бихевиоральной терапии и лишь в случае ее недостаточной эффективности дополнять психофармакотерапией (кроме тяжелых случаев с выраженными нарушениями). Несколько иначе выглядит американский протокол (AACAP, 2007), который предлагает в социально благоприятных случаях (при отсутствии значительной семейной дисфункции и выраженных коморбидных расстройств у ребенка) начинать с психологического просвещения и медикаментозной терапии и лишь при наличии нарушений родительских функций, неблагоприятных отношений между родителями и ребенком, выраженных коморбидных расстройствах добавлять к медикаментозной терапии пакет психосоциальных вмешательств. При этом, конечно, учитывается мнение родителей и их право выбора методов терапии и последовательности их применения.

Важно помнить, что терапевтическая программа не исчерпывается лишь специфическими вмешательствами, в каждом случае она должна быть индивидуализирована и отвечать выявленным в ходе диагностического процесса проблемам. В связи с наличием коморбидных расстройств или вторичных проблем у ребенка или его семьи чрезвычайно важны и другие вмешательства: педагогические (ввиду возможного наличия специфических расстройств школьных навыков и учебных проблем), психофармакотерапевтические (с целью терапии коморбидных расстройств), психотерапевтические (для ребенка при низкой самооценке, наличии коморбидных тревожных расстройств, депрессии; для родителей и семьи в случае наличия проблем с психическим здоровьем у кого-то из родителей или значительной дисфункции в семье), социальные (например, привлечение ребенка в здоровую социальную среду ровесников, группы взаимоподдержки для родителей, защита ребенка от насилия в семье и т. п.) и др. В каждом случае важно выстроить с учетом приоритетности проблем последовательность терапевтических вмешательств и оценивать реальность их воплощения.

Помощь детям с СДВГ строится вокруг четких целей, которые указывают направление терапии и дают возможность оценивать ее эффективность. Если диагностика позволяет отметить на символической карте, где находится семья и ребенок в текущий момент, то поставленные терапевтические цели указывают на ту точку, к которой семья и ребенок должны приблизиться в случае эффективной помощи.

Примером терапевтических целей для детей с СДВГ могут быть:

• Улучшение отношений ребенка с родителями, братьями/сестрами, учителями, ровесниками.

• Уменьшение количества проблем в поведении.

• Улучшение академической успеваемости ребенка.

• Повышение самооценки ребенка.

• Возрастание независимости и самоорганизованности ребенка, в частности в выполнении домашнего задания и других обязанностей.

Терапевтические цели во многих случаях нуждаются в преимущественной ориентации на семью. Они могут быть следующими: улучшение психологической атмосферы в семье, снижение уровня конфликтов, повышение уровня компетентности родителей и их эффективности в управлении поведением ребенка, улучшение отношений между братьями/сестрами и др.

Конечно, цели будут в каждом случае свои.

Необходимо регулярно отслеживать эффективность терапевтических вмешательств. Информацию можно получать либо в ходе непосредственного общения с родителями и ребенком, либо из опросников, повторно заполняемых родителями или учителями, анализа изменений в школьной успеваемости ребенка и др. Мониторинг эффективности чрезвычайно важен, так как отсутствие положительных результатов обычно указывает на наличие невыявленных или не принятых во внимание сопутствующих проблем и расстройств у ребенка либо в социальной среде. Причинами неэффективности вмешательств могут быть и диагностические ошибки, неверное применение методов терапии, нарушение сотрудничества с родителями и др. В каждом случае важно «держать руку на пульсе» и соответственно реагировать модификацией терапевтической программы. Однако и при положительном результате важно продолжать сопровождение семьи и ребенка, так как с каждым новым возрастным этапом могут появляться новые проблемы, требующие новых форм помощи.

Выводы

• СДВГ – это пожизненное расстройство, и потому модель помощи детям и их семьям должна базироваться на концепции долгосрочного сопровождения, содействия положительному развитию ребенка и предупреждению возникновения вторичных проблем.

• Помощь детям с СДВГ возможна лишь в контексте партнерских отношений между родителями и специалистами.

• Психологическое просвещение родителей, ребенка, педагогов является фундаментом эффективной помощи.

• Терапевтическая программа должна быть индивидуализированной, базироваться на данных диагностики и комплексно воздействовать на каждое звено биопсихосоциальной цепочки.

• Два основных метода, эффективность которых при СДВГ научно доказана, – психофармакотерапия и обучение родителей и педагогов методам руководства поведением – должны применяться в соответствии с современными протоколами терапии СДВГ с учетом возраста ребенка, тяжести расстройства и других индивидуальных характеристик.

• Наличие сопутствующих проблем и расстройств как у ребенка, так и в его социальной среде требует адекватных терапевтических вмешательств.

• Терапевтическая программа должна иметь четкие цели, а ее

эффективность должна подвергаться регулярному мониторингу.

• В настоящее время СДВГ является хроническим расстройством, его невозможно вылечить, однако эффективные терапевтические вмешательства могут значительно улучшить жизнедеятельность ребенка с СДВГ, предупредить развитие вторичных проблем и способствовать его полноценному развитию и самореализации.

Помощь родителям детей с СДВГ

Основным терапевтическим вмешательством является помощь родителям детей с СДВГ в овладении эффективными стратегиями воспитания и содействия полноценному развитию ребенка (конечно, это никак не преуменьшает важности, а иногда и необходимости психофармакотерапии). Хотя «плохое» родительство не является причиной СДВГ, эффективное, компетентное родительство остается чрезвычайно важным фактором, который уменьшает проблемное поведение, предупреждает развитие вторичных проблем и улучшает жизнедеятельность ребенка, а соответственно и прогноз его развития. Обучение родителей специфическим методам управления поведением ребенка не изменит особенностей функционирования его головного мозга (хотя с учетом современных знаний относительно нейропластичности о невозможности этого уже нельзя говорить так категорично), но может существенно повлиять на то, как функционирует ребенок в среде и как он развивается, и соответственно, каким будет его будущее. Большую ценность представляют данные исследований (см. обзор в ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 443–458), которые подтвердили, что характеристики семьи (в частности, отношений ребенка с родителями и методов управления его поведением, применяемых родителями) во многом определяют прогноз развития ребенка. И это очень важно осознавать: хотя медикаменты влияют на причины расстройства и уменьшают выраженность его симптомов, развитие ребенка определяют прежде всего характеристики социальной среды. Именно поэтому в первую очередь необходимо оказывать помощь родителям в создании оптимальной среды для развития ребенка с СДВГ. Родители нуждаются в дополнительных знаниях, им также необходимо освоить специфические методы влияния на поведение ребенка.

Если вспомнить, что патогенетически СДВГ является расстройством мотивации, при котором поведение ребенка контролируют ближайшие, а не отдаленные последствия, то станет ясно, что основным патогенетическим методом влияния на поведение ребенка будет создание для него такой компенсирующей среды, в которой желательное поведение поддерживается ***немедленными вознаграждениями,*** а проблемное – сдерживается ***немедленными негативными последствиями (санкциями).*** При условии создания такой системы управления поведением в повседневной жизни ребенка

количество его проблем может быть значительно уменьшено, вторичные осложнения предупреждены, качество жизнедеятельности ребенка во всех сферах – социальной, образовательной, эмоциональной – улучшено. Постепенно ребенок будет приобретать способность продуктивно решать проблемы, справляться с задачами возраста, успешно «переходить из класса в класс»…

Поэтому психологическое просвещение и обучение методам поведенческой терапии так важно для родителей – надо, чтобы они понимали патогенетические механизмы СДВГ и могли ежедневно, «здесь и сейчас» применять техники и приемы управления поведением ребенка. Это, конечно, не означает, что все должно сводиться к техникам – успешная бихевиоральная терапия возможна лишь в контексте здоровых отношений между родителями и ребенком, их любви и веры в него и многого другого, что формирует фундамент любой здоровой семьи. Если детско-родительские отношения нарушены, использование терапевтических техник не приведет к положительным результатам, скорее, оно станет механизмом манипуляции ребенком и причиной углубления поведенческих проблем. Поэтому помощь родителям должна содержать комплекс мероприятий, а не только обучение техникам. «Пакет» помощи семье должен формироваться на основе результатов диагностики функционирования всей семьи, психологического состояния родителей и т. д. В случае выявления значительной семейной дисфункции, психических расстройств у родителей и т. п. чрезвычайно важны и другие методы помощи.

Существует множество эмпирических данных (см. обзор исследований в ***Barkley,*** 1996. С. 404–407), подтверждающих эффективность программ обучения родителей специфическим методам поведенческого руководства. Причем положительные последствия сохраняются на продолжительный срок и проявляются не только в уменьшении поведенческих проблем дома и в школе, но и во многих смежных сферах: улучшается поведение и у здоровых братьев/сестер, повышается уровень информированности родителей относительно СДВГ, растет родительская самооценка, усиливается ощущение компетентности, понижается уровень стресса, уменьшаются супружеские конфликты по поводу воспитания ребенка, улучшается функционирование семьи в целом ***(Barkley,*** 1996. С. 429–430). Улучшение детско-родительских отношений ведет к улучшению эмоционального состояния ребенка и уменьшению вторичных коморбидных расстройств (в частности, поведенческих, тревожных, депрессии), более положительной

самооценки ребенка ***(Barkley,*** 2006. С. 454–460).

Основные цели помощи родителям

Базовая модель помощи родителям детей с СДВГ направлена на достижение следующих целей:

1. Помочь родителям понять своего ребенка и обусловленные СДВГ особенности его поведения.
2. Помочь родителям наладить отношения с ребенком.
3. Помочь родителям в разработке дополнительных, «компенсирующих» стратегий управления поведением ребенка с целью уменьшения проблем в поведении и улучшения функционирования.
4. Помочь родителям в выборе и воплощении эффективных стратегий воспитания ребенка и обучении его жизненно важным социальным, учебным и другим навыкам, в развитии положительной самооценки ребенка, раскрытии его способностей и т. д.
5. Содействовать снижению уровня стресса у родителей, усилению чувства компетентности, росту самооценки, укреплению внутренних и внешних ресурсов семьи, супружеских и семейных отношений в целом.

В зависимости от особенностей каждой семьи дополнительными целями могут быть:

1. Помощь родителям в преодолении собственных психологических трудностей.
2. Улучшение функционирования семьи (преодоление коммуникативных дисфункций, нарушений супружеских отношений, проблем в отношениях между братьями/сестрами и т. п.).
3. Помощь родителям в преодолении социальной изоляции и других проблем в социальной сфере; укрепление социальных ресурсов семьи и т. п.
4. Помощь родителям в выработке стратегий преодоления вторичных проблем или имеющихся у ребенка коморбидных расстройств.

Основные принципы работы с родителями

Терапевтическая работа с родителями начинается с диагностики. Ее фундаментом являются надежные партнерские отношения, недооценивать важность которых весьма опасно. То,

как будет строиться работа, зависит от осознания родителями проблем своего ребенка, его особенностей, от их восприятия поставленного диагноза, понимания необходимости тех или других терапевтических вмешательств. Родители должны хорошо понимать, что и как может помочь их ребенку, знать о своей определяющей роли в этом процессе.

Терапевтическая работа должна быть индивидуализирована и исходить из данных обследования. Если у родителей имеются серьезные проблемы с психическим здоровьем (например, депрессия или зависимость от алкоголя), необходимо прежде всего помочь им или же направить их за надлежащей специфической помощью. То же касается серьезных семейных кризисов (например, насилие в семье, выраженные супружеские конфликты и т. п.). Решение этих проблем является приоритетным и должно предшествовать последующим вмешательствам, иначе родители могут оказаться не в состоянии реализовать предлагаемые им методы. Выраженная семейная дисфункция, наличие социальных и психических проблем как правило требуют привлечения команды специалистов (социального работника, психиатра, психотерапевта и др.). В таких случаях важно реально оценить состояние семьи и ее готовность и возможность оказывать помощь ребенку. Иногда в таких ситуациях основными источниками помощи ребенку могут стать другие значимые взрослые (бабушка, тетя и др.).

Модель сотрудничества родителей со специалистами включает в себя общее исследование проблемы, выработку стратегий, их реализацию родителями, анализ их эффективности, модификацию (при необходимости) и т. п. Специалист играет роль консультанта, который помогает родителям, но при этом не доминирует, а делится с ними своими знаниями, уважая при этом их опыт и мнение. Специалист занимается психологическим просвещением, структурирует процесс терапии, помогает родителям формулировать цели и вырабатывать стратегии их достижения. При этом акцент делается на том, чтобы помочь родителям понять суть и принципы необходимых для ребенка вмешательств, а не «диктовать» алгоритмы техник. Техника разрабатывается совместно с родителями после достижения понимания основных принципов терапии; роль специалиста состоит в передаче компетенции родителям: он придает им уверенность, что в дальнейшем они сами смогут, понимая принципы помощи, генерировать стратегии и методы решения проблем, которые будут появляться в жизни ребенка. Цель специалиста – не в том, чтобы стать «спасателем» или «экспертом», от которого родители зависят (а без него –

беспомощны), а в том, чтобы помочь им становиться все более компетентными и независимыми. Таким образом, он способствует повышению самооценки у родителей, их веры в себя и в свою способность быть хорошими родителями для своих детей.

Соответственно и ***язык общения должен быть свободным от профессионального жаргона, а позиция специалиста – поддерживающей.*** Если сравнить воспитание детей с заботой о деревьях в саду, то главными садовниками являются родители, роль специалистов – быть, скорее, консультантами по садоводству… Иногда родители бывают настолько разочарованы в себе и собственной способности помочь ребенку, что ожидают от врачей и психологов полной «коррекции» ребенка в результате индивидуальных консультаций, индивидуальной психотерапии и т. п. Некоторые специалисты попадают в эту ловушку и отводят родителям роль людей, приводящих ребенка на консультацию и ожидающих у дверей кабинета… Помочь родителям осознать, что именно они являются главными для ребенка, что от них зависит очень многое – одна из важнейших целей работы с родителями.

Многие родители возлагают основные надежды на медикаменты. Следует помочь им понять, что медикаменты – лишь часть решения проблемы, основная роль все равно остается за ними; родители могут сделать то, чего не может сделать ни одно лекарство – ***воспитать, вырастить ребенка…*** В нашей клинике мы иногда сознательно немного оттягиваем назначение психотропного лекарства ребенку, чтобы родители смогли сначала убедиться, что изменения в их отношении к ребенку дают заметный результат, и что это именно их заслуга… Впрочем, это, конечно, отнюдь не обесценивает важности и целесообразности проведения в определенных случаях дополнительной психофармакотерапии.

Другим важным принципом работы с родителями является ***учет их индивидуально-психологических, культурных, религиозных и других особенностей.*** Обучение родителей принципам поведенческого руководства – не чтение лекций с подробной инструкцией к действию, это скорее беседа, предоставление необходимой информации, ее обсуждение и критическое осмысление и попытки поиска эффективных форм помощи ребенку. Именно желание помочь ребенку объединяет родителей и специалистов как партнеров. Возможные расхождения во взглядах в этом случае не становятся основанием для разрыва, скорее, они служат толчком к общему поиску, критическому осмыслению разных подходов и выбору наиболее эффективного. Процесс взаимодействия с родителями – это сотрудничество: «…Попробуем вместе рассмотреть разные

стратегии, оценить их, предусмотреть возможные положительные и отрицательные последствия их воплощения, а потом выберем наилучшую для ребенка – причем выбор оставляем за вами; а если стратегия окажется неэффективной, можно попробовать следующую». Такой подход не только способствует доверительным отношениям, но и уменьшает сопротивление родителей, делает их более открытыми к модификации собственных убеждений. Столкновение с патологическими убеждениями родителей, касающимися как ребенка («его ничто не изменит, у него просто плохой характер»), так и методов воспитания («только ремнем выбьешь из него эту дурь») и своей роли в этом процессе («дело женщины, а не мужчины воспитывать детей») может значительно осложнять терапевтический процесс. Здесь уже недостаточно одного психологического просвещения, нужны более серьезные психотерапевтические мероприятия, например техники когнитивной терапии, модифицирующие патологические взгляды и убеждения.

Порой причиной сопротивления родителей являются не столько сознательные убеждения, сколько неосознанные психологические конфликты, личностные характеристики родителей, «призраки» из их прошлого. Так, например, непослушание ребенка мама может воспринимать как отторжение, проявление того, что она не заслуживает любви (это может быть обусловлено опытом из ее собственного детства). В этом случае она будет весьма эмоционально реагировать на каждый конфликт с ребенком, и потому не сможет действовать в соответствии с согласованной на консультации «схемой». Или же наоборот, если у женщины был авторитарный отец, которого она в детстве не любила, она не сможет быть строгой и требовательной с ребенком, так как будет бояться, что тогда она потеряет его любовь. Такие неосознанные реакции сопротивления требуют особого внимания в процессе консультирования; иногда необходимо получить информацию о прошлом родителей, об их отношениях с собственными родителями и провести соответствующую работу.

Еще одним важным принципом работы с родителями является ***продвижение «шаг за шагом».*** Следует «спешить, не торопясь»; хорошо структурировать последовательность действий и приоритетность целей. Важна определенная этапность в работе: есть подготовительные мероприятия, есть мобилизация ресурсов, выбор реальных, достижимых задач и т. д. Словно построение дома, помощь ребенку должна быть постепенной, последовательной, этаж за этажом, от фундамента вверх… Модель работы с родителями предусматривает выбор стратегий,

создание системы домашних заданий. При условии удачного прохождения одного этапа и достижения начальных целей можно переходить к следующим. А в случае неудач нужно внимательно исследовать их причины, создать новые стратегии и лишь с построением фундамента приступать к строительству первого этажа и т. д. В работе с родителями есть определенная последовательность: психологическое просвещение, помощь в понимании ребенка, построение отношений, улучшение коммуникации, внедрение принципов поведенческого руководства и т. д. Наверное, одна из наиболее частых ошибок – это поиски быстрых решений и готовых рецептов: они не только неэффективны, но и антитерапевтичны, так как уменьшают доверие и мотивацию родителей к дальнейшей работе.

Пример пошаговой программы поведенческой терапии для родителей

8-шаговая программа Barkley (1997 b)

Шаг 1: построение позитивных отношений с ребенком;

Шаг 2: проявление положительного внимания к ребенку и похвалы как метода поощрения;

Шаг 3: внедрение балльной системы поощрений;

Шаг 4: внедрение санкций – «штрафов» и «таймаута»;

Шаг 5: расширение поля применения «тайм-аута»; пересмотр эффективности предыдущих шагов;

Шаг 6: применение принципов поведенческого руководства при проблемном поведении в общественных местах;

Шаг 7: решение поведенческих проблем ребенка в школе;

Шаг 8: предупреждение будущих проблем.

В модели работы с родителями особое место занимает ***принцип обязательности домашних заданий.*** Стратегии существуют для того, чтобы их воплощать, материал каждой встречи предусматривает следующий этап внедрения в действие определенных новых принципов и заданий. Встречи со специалистом – это своего рода место анализа того, что происходит на «поле битвы» с проблемами ребенка и выработка стратегий новых «боевых операций». Сама жизнь с ребенком, ежедневное взаимодействие с ним и есть то основное терапевтическое поле, где родители – одни из главных действующих лиц. Итак, обязательность домашних заданий и анализа успешности их выполнения – важнейший принцип работы с родителями.

Формы терапевтических вмешательств

Работа с родителями может проводиться в разных формах. Выбор зависит прежде всего от характеристик каждой семьи и ее индивидуальных потребностей. При отсутствии серьезной семейной дисфункции, психологических трудностей у родителей и относительно легкой форме СДВГ наиболее экономичен групповой формат. Речь идет о цикле полуторачасовых встреч для группы родителей детей с СДВГ. Рекомендованная численность группы – до 15 человек, среднее количество встреч – от 4 до 20 в зависимости от характеристик группы. Групповой формат имеет ряд существенных преимуществ: он позволяет родителям общаться друг с другом, а значит, делиться опытом, находить поддержку, быть источником взаимопомощи друг для друга, способствовать выходу семьи из социальной изоляции и т. п. Мы очень ценим такого рода встречи с родителями, которые дают значительный терапевтический эффект. Эффективность групп взаимоподдержки для родителей детей с особыми потребностями доказана и данными исследований ***(Santelli, Stewart, Poyadue,*** 2001).

По данным исследований, у родителей, которые принимали участие в программе взаимоподдержки «Родители для родителей»:

✓ реже наблюдаются депрессии;

✓ выше самооценка и уверенность в собственных силах;

✓ большая сеть социальной поддержки;

✓ больший доступ к информации;

✓ более успешная и реалистичная адаптация к особым потребностям ребенка.

Большим преимуществом групповой формы работы является также возможность интерактивного проведения обучения с использованием примеров из реальной жизни других семей, совместно созданных стратегий, креативных идей и др. При удачной работе ведущего группа может превратиться в команду родителей, которые помогают друг другу в поиске оптимальных решений проблем своего ребенка. Эмоциональная поддержка, обмен опытом, реальные истории успеха, ощущение, что ты не один являются важными терапевтическими факторами, которые присущи групповому формату работы. Поэтому в нашем центре мы стараемся предоставить родителям кроме индивидуального консультирования возможность занятий в родительской группе.

Чаще всего мы одновременно проводим занятия отдельных групп для родителей и детей. Но иногда мы ведем занятия группы исключительно для родителей, в частности тех, чьи дети не занимаются в группах тренинга социальных навыков.

Крайне желательно участие в работе группы обоих родителей, однако часто это не представляется возможным. В таких случаях важно, чтобы отсутствующий родитель получал информацию от посещающего занятия. Достижение единства в видении проблем ребенка и соблюдении общей стратегии помощи является базовым условием успешности терапевтических вмешательств. При значительных расхождениях в позициях мужа и жены может быть необходима семейная психотерапия или отдельная сессия, посвященная исключительно теме расхождений и выработке общих подходов.

Наша модель групповой работы базируется на когнитивно-поведенческой модели Bloomquist (1996) и Barkley (1997 b) и адаптирована к украинской реальности. Занятие состоит из социальной части, которая включает знакомство и его дальнейшее углубление, рассказ о важных событиях, прозошедших с участниками за неделю, обсуждение эмоционального состояния. Затем отводится время на презентацию новой темы, которая может включать в себя мини-лекцию, общее обсуждение, примеры из жизни семей, обмен опытом, ролевые игры, коммуникативные упражнения и т. п. Затем обычно формулируется домашнее задание и в завершение предоставляется возможность снова по кругу поделиться чувствами, сказать что-то от себя, подвести итоги.

Ориентировочный перечень тем групповых сессий

1. Понимание природы СДВГ. Обзор методов помощи детям с СДВГ. Роль родителей.
2. Родительство. Основные задачи родителей в воспитании детей. Необходимые качества и навыки. Особые трудности для родителей в воспитании ребенка с СДВГ.
3. Детско-родительские отношения. Умение слушать и понимать детей.
4. Роль родителей в формировании положительной самооценки ребенка.
5. Стресс родительства. Программа самосохранения для родителей. Возможные психологические трудности; основы психогигиены для родителей.
6. Основные принципы поведенческого руководства

для детей с СДВГ.

7. Использование поощрения. Важность эффективных указаний и правил.

8. Использование санкций.

9. Повторение методов управления поведением. Рассмотрение специфических ситуаций.

10. Как помочь ребенку в учебе?

11. Как помочь ребенку в развитии социальных и коммуникативных навыков?

12. Эмоции в жизни ребенка – как помочь ребенку адекватно их проявлять и интегрировать? Эмоциональные расстройства у детей – роль родителей в их преодолении.

13. Моя семья: как она живет и как мы ее строим.

14. Проблемы отношений с социальным окружением.

15. С мыслью о будущем: искусство планирования и предвидения проблем.

16. Итоговое занятие.

Однако групповая форма работы подходит далеко не каждой семье. Значительная выраженность поведенческих проблем, наличие коморбидных расстройств, семейной дисфункции, психологических трудностей у родителей требуют индивидуального консультирования, которое часто выходит за рамки исключительно обучения методам поведенческой терапии и включает элементы семейной и индивидуальной психотерапии. Формат индивидуальной встречи с родителями предоставляет достаточно времени, чтобы сфокусироваться на сложных проблемах отдельной семьи и целенаправленно искать стратегические решения. Конечно, возможность такой сфокусированной работы в пределах групповой деятельности значительно ограничена. Продолжительность индивидуального консультирования

родителей составляет в среднем 4—10 сессий, но в отдельных случаях может возникать потребность в более длительной работе и одновременном использовании нескольких форматов (с добавлением, например, семейной психотерапии и т. д.). Обычно сначала встречи проходят раз в неделю, позднее частота их постепенно снижается до одного раза в квартал-полгода. Как правило, на сессии приходят родители без ребенка, но на отдельные встречи может приглашаться вся семья (например, в работе с семьями подростков для составления поведенческого контракта, при тренинге коммуникации в семье и др.).

Разумеется, тематика и терапевтический фокус встреч

определяются индивидуально и могут быть очень разными. Ниже приводится перечень основных задач, которые являются фокусом терапевтических вмешательств в консультировании родителей детей с СДВГ. Понятно, что они актуальны не для всех семей, хотя и представляют собой довольно типичный перечень задач, с которыми сталкивается специалист в психологическом консультировании/сопровождении родителей детей с СДВГ.

Задачи консультирования родителей детей с СДВГ

1. Помочь родителям лучше понять своего ребенка и ситуацию в целом.

Прежде всего эта задача достигается путем последовательного ***психологического просвещения.*** Чтобы быть эффективными в своей родительской роли, родители должны быть в первую очередь компетентными, владеть современной информацией, касающейся СДВГ. Впрочем, речь идет не только об абстрактном понимании природы расстройства, но и о непосредственном, целостном, когнитивно-эмпатийном знании своего ребенка.

Основные методы психологического просвещения

✓ Предоставление и разъяснение родителям диагностической информации во время «круглого стола» со специалистами.

✓ Предоставление информации об СДВГ во время индивидуальных встреч.

✓ Лекции/семинары/конференции для родителей.

✓ Печатные материалы (буклеты, статьи, книги, истории других семей и т. п.).

✓ Видеоматериалы.

✓ Интернет-ресурсы.

Важно осознавать, что психологическое просвещение родителей всегда сопровождается определенными эмоциональными реакциями (страх, разочарование, злость и т. д.), ведь они получают информацию не о прогнозе погоды, а об особенных трудностях и ограничениях своего ребенка. Специалистам важно быть чуткими и помогать родителям не только когнитивно, но и эмоционально интегрировать полученную информацию.

Чтобы родители лучше понимали своего ребенка, мы часто предлагаем им какое-то время вести дневник. Мы говорим о том,

что иногда можно жить рядом и очень мало знать и понимать друг друга. Мы также обращаем внимание на тенденции стереотипного восприятия друг друга через призму «ярлыков», а также на проблему проекций (например: «Я внутренне чувствую себя плохой мамой, а потому непослушание ребенка воспринимаю как его послание мне, что я не достойна любви») и ошибочной оценки мотивов ребенка (например: «Он это делает намеренно, назло мне»). Мы обсуждаем и важность глубинного понимания ребенка: иногда поведенческие проблемы, на которых сфокусировано внимание родителей, – лишь вершина айсберга, а другие не менее важные трудности не замечаются.

Можно предложить родителям некоторое время смотреть на ребенка, как на незнакомца, – внимательно, не осуждающе, терпеливо. Чтобы познать кого-то, требуется время, внимательность, открытость. Ведь мы лучше всего слышим и видим друг друга, когда есть определенная внутренняя тишина, отсутствие шума и суеты мыслей, чувств, тревог. Мы также обсуждаем с родителями проблему перцептивных искажений и предлагаем им понаблюдать не только за своим ребенком, но и за собой: какие тенденции прослеживаются в нашей оценке ребенка, какие «ярлыки» мы на него навешиваем, как воспринимаем его в целом, что думаем о нем. На следующих встречах мы обязательно анализируем наблюдения родителей. Таким образом, на основе конкретных примеров достигается лучшее понимание мотивов и особенностей поведения ребенка. Особое внимание мы уделяем тому, как родители воспринимают ребенка и ситуацию в целом, и возможным отрицательным мыслям, которые могут блокировать терапевтический процесс и способствовать нарастанию проблем. Это касается и восприятия причин проблем ребенка, его будущего, себя и своих отношений, семьи, ситуации в школе и т. д.

Наиболее распространенные негативные мысли родителей

✓ Мой ребенок так ведет себя намеренно, потому что не любит/не уважает меня и т. п.

✓ У моего ребенка плохой характер, и его ничто не изменит.

✓ Из моего ребенка ничего хорошего не вырастет.

✓ Мой ребенок самый плохой.

✓ Мой ребенок является причиной всех семейных проблем.

✓ Я плохая(ой) мама/папа.

✓ Я виновата/виноват в том, что мой ребенок так

ведет себя.

✓ Мой муж/жена/учителя виноваты в поведенческих проблемах ребенка.

✓ Я/мы ничего не можем изменить.

В случае выявления у родителей мыслей такого рода важно с помощью техник когнитивной психотерапии исследовать их обоснованность, продуктивность и прийти к альтернативной, более взвешенной и позитивной оценке ситуации. Иногда это может требовать достаточно глубоких психотерапевтических вмешательств, поскольку негативное восприятие своего ребенка и ситуации в целом может иметь корни в личностной психопатологии родителей.

Психологическое просвещение должно быть направлено и на прояснение взаимодействия самых разных биопсихосоциальных факторов в жизни ребенка – от особенностей мозга и задач каждого этапа развития до влияния телевидения и доминирующих общественных ценностей на его развитие. Такое глубокое понимание родителями того, что происходит в жизни и в душе их ребенка, поможет им лучше осознать свою родительскую роль, положительное влияние, а возможно, и ошибки. Конечной целью просвещения должно быть глубинное понимание родителями того, что они должны делать, чтобы помочь своему ребенку. Речь идет не только о необходимых терапевтических вмешательствах, но и в широком смысле об осознанном родительстве.

2. Помочь родителям в снижении стресса и решении сопутствующих важных личных и семейных проблем.

Чтобы помочь ребенку, родители нуждаются в энергии, времени и ресурсах. Впрочем, они нуждаются во всем этом и для выполнения других важных жизненных функций, для решения самых разных проблем и задач. Часто бывают необходимы социальные вмешательства, поэтому роль социального работника в команде, предоставляющей услуги детям с СДВГ и их семьям, очень важна. Приведем пример.

Ольга, мама Игоря, 7 лет, обратилась по поводу его поведенческих проблем – в частности, непослушания и оппозиционности. В результате обследования у Игоря диагностировали СДВГ и оппозиционно-вызывающее расстройство поведения. Вместе с тем выявлено, что отец Игоря злоупотребляет алкоголем и регулярно жестоко избивает детей и жену. Она хочет развестись, но боится, что это спровоцирует мужа на жестокость и месть. В

процессе обследования у Ольги диагностировали депрессию умеренной степени тяжести. У нее также серьезные проблемы на работе из-за снижения производительности труда – ей грозит сокращение. Выявлено, что Ольга переживает сильный стресс и ощущает себя беспомощной перед возникшими в ее жизни проблемами. Ее финансовое положение довольно затруднительное, и у нее нет внешних источников социальной поддержки, кроме приходского священника и подруги на работе. Родственники живут в другом городе.

В этом случае приоритетными были социальные меры, направленные на решение неотложных проблем: развод и защита от насилия, привлечение дополнительных источников социальной поддержки (организация защиты женщин от насилия, волонтеры из христианской среды по присмотру за детьми) и планирование действий по стабилизации ситуации на работе и улучшения финансового положения. Вместе с тем была предоставлена помощь (психотерапия и психофармакотерапия) в лечении депрессии. И лишь после достижения определенной социальной стабильности и улучшения психического состояния женщины внимание было направлено на обучение ее необходимым методам поведенческого руководства для решения проблем ее сына.

В связи с тем, что у части родителей детей с СДВГ также имеются признаки этого расстройства, им может быть необходима специфическая помощь и информация о том, как жить с СДВГ в зрелом возрасте. В этой сфере существует множество современных наработок *(Hallowell, Ratey,* 1995; *Nadeau, Quinn,* 2002; *Weiss, Hechtman, Weiss,* 1999). В этих случаях может оказаться полезным индивидуальное консультирование, а иногда и психотерапия и психофармакотерапия.

Бывает, что социальные или психиатрические проблемы отсутствуют, однако наблюдается высокий уровень стресса или же, по словам родителей, «нервное истощение». Проблеме стресса важно уделять серьезное внимание не только потому, что он наносит вред психическому и физическому здоровью родителей, но и в силу того, что в стрессовом состоянии родителям бывает сложено действовать последовательно, а часто и вообще заниматься проблемами ребенка. Существует связь между высоким уровнем стресса и нарушенными формами родительства

– в частности, запущенность ребенка, непоследовательность в воспитании, эмоциональная отчужденность. Родители, которые обращаются за помощью в таком состоянии, как правило, рассчитывают на быстрые методы влияния на поведение ребенка, а именно медикаменты, и не всегда готовы осознать свою первоочередную роль в помощи ребенку. Часто они отмечают, что утомлены и истощены поведенческими проблемами ребенка («это, наверное, мне в первую очередь нужна психологическая помощь») и просят «выписать им успокоительное». Специалистам важно быть чуткими к этой проблеме и в полной мере осознавать, что воспитание ребенка с СДВГ может быть чрезвычайно стрессогенным для родителей. Мы всегда подчеркиваем, что для того, чтобы помочь ребенку, родители должны прежде всего научиться беспокоиться о себе, восстанавливать собственную энергию, иметь необходимые ресурсы поддержки и владеть эффективными стратегиями решения проблем и преодоления стресса. Специалисты, работающие с родителями, должны иметь представление о современных методах преодоления стресса (см. ***Greenberg,*** 1999) и практических аспектах консультирования в этой сфере. Мы порой полушутливо грозим родителям приостановить процесс консультирования до тех пор, пока они не побеспокоятся о себе и не подготовят нам «список» мероприятий по преодолению стресса. Конечно, все не так просто: некоторые источники стресса ликвидировать невозможно, а с другой стороны, мероприятия по преодолению стресса и помощи ребенку можно разделить лишь очень условно – само обучение принципам поведенческого руководства вооружает родителей более эффективными навыками управления поведением ребенка, и, соответственно, снижает уровень стресса.

Чтобы помочь родителям в преодолении стресса, необходимо знать ответы на следующие вопросы:

1. Каковы основные источники стресса?
2. Какие проблемы можно решить, а какие нужно принять? Какие проблемы приоритетны? Какие стратегии могут быть эффективными в их преодолении?
3. Могут ли конкретные вмешательства помочь родителям в решении отдельных проблем?
4. Каковы основные источники социальной поддержки родителей и как их можно использовать более эффективно?
5. Как специфика восприятия проблем родителями влияет на возрастание стресса? Какие вмешательства возможны?

6. Как можно усилить взаимную поддержку в супружеской паре?

7. Какие есть способы восстановления энергии, отдыха? Нуждаются ли родители в обучении методам релаксации, медитации, или им следует рекомендовать занятия спортом, танцами и т. п.?

8. Заботятся ли родители о своем здоровье, физическом состоянии?

9. В какой мере они умеют заботиться о себе? Может ли стресс быть связан с их негативным самовосприятием и другими возможными психологическими проблемами? Нужна ли родителям помощь в получении информации о своем состоянии из книг по самопомощи или психотерапии?

10. Какие занятия могут быть для родителей ресурсными, восстанавливающими? Какое место в жизни семьи занимает творчество? Юмор?

11. Какие сферы жизни родителей отодвинуты на задний план и нуждаются в большем внимании? Имеют ли родители (это чаще всего касается матерей) возможность заниматься чем-то другим вне рамок родительства, есть ли у них время на другие занятия, хобби и т. п.?

12. Можно ли уменьшить стресс путем более эффективного использования времени?

13. Каковы ценности родителей, жизненная философия, способно ли их мировоззрение поддержать их в преодолении трудностей и предоставлении им более широкой перспективы? Что составляет внутренние ресурсы родителей? Можно ли рекомендовать родителям определенную литературу, которая может помочь им переосмыслить свою ситуацию в контексте позитивной философии жизни и т. п.?

14. Религиозна ли семья, использует ли духовные источники поддержки?

3. Помочь родителям улучшить отношения с ребенком.

Очень часто существуют проблемы в отношениях между родителями и ребенком. Постоянные конфликты между родителями и ребенком из-за его поведенческих проблем могут разрушить хорошие отношения, существовавшие ранее, эмоционально отдалить родителей от детей. Опыт постоянных отрицательных взаимодействий приводит к избеганию контактов, нежеланию совместно проводить время, а соответственно

нарастает изоляция ребенка, его эмоциональные и поведенческие проблемы. Дети говорят о том, что не слышат от родителей ничего, кроме критики и поучений, и ощущают, что вызывают у них лишь злость и раздражение, поэтому стараются спрятаться, держаться от них подальше… Родители страдают не меньше, чем дети, иногда они признаются, что вообще не знают своего ребенка, потеряли эмоциональную связь с ним, отдалились, стали чужими друг другу.

Такой цикл отрицательных взаимодействий типичен для семей, в которых есть ребенок с СДВГ, и часто в помощи семье одним из первых шагов становится восстановление позитивных отношений. Обычно работа над этой задачей начинается с помощи родителям в *осознании важности положительного взаимодействия* как «цемента» прочных отношений. Для примера можно проанализировать другие важные для родителей взаимоотношения и попробовать выявить факторы, способствующие построению близких отношений с другими людьми. Обычно родители указывают на внимательность, положительное восприятие, эмоциональную открытость, доброжелательность и др. На основе анализа этих характеристик можно обсудить параметры основных стилей воспитания (демократический, авторитарный, «попустительский» и др.), выделить черты позитивного родительства и сопоставить их с существующим в семье стилем взаимодействия с ребенком. Это также удачный момент для разговора о родительстве вообще, об основных задачах в воспитании ребенка.

Затем обсуждаются *конкретные действия по восстановлению отношений* и созданию позитивной атмосферы в семье. С этой целью можно применить целый перечень техник в форме домашних заданий.

Особое время. Родителям предлагается ежедневно 20 минут проводить вместе с ребенком за занятием, которое выбирает он сам (например, игра, рисование, спорт и т. п.). При этом желательно, чтобы с ребенком занимался отдельно отец и отдельно мать. Очень важно подчеркнуть, что выбор за ребенком и что занятие должно нравиться ребенку и предусматривать совместную деятельность, общение (поэтому коллективный просмотр телефильмов не подходит). Ребенку важно объяснить, что это время предназначено для того, чтобы делать вместе что-то интересное, получать удовольствие от общего занятия. Эти 20 минут ситуацией руководит он (конечно, нельзя никого обижать, ломать вещи, тратить деньги), а не родители. Это метафорическое послание о том, что родители уважают свободу ребенка, но также и о том, что свобода имеет границы. Родителям

дается задание в течение этих 20 минут следовать за инициативой ребенка, полностью быть с ним и попробовать общаться исключительно позитивно. А потому можно хвалить ребенка, говорить о его успехах, но нельзя подвергать критике, задавать вопросы, поучать и т. п. В этом предостережении опять-таки присутствует метафорическое послание о важности изменения стиля общения с ребенком, уменьшения критики и поучений, и усилении позитивного общения, похвалы, проявлений интереса. Соответственно можно воспринимать эти 20 минут как упражнение для родителей на тренинг новых способов общения, которые необходимо будет применять и за рамками специально отведенного времени.

«***Свидание с ребенком».*** Эта техника больше подходит старшим детям и подросткам. Принцип тот же, что и при организации «особого времени». Родителям предлагается объяснить ребенку, что они хотят улучшить взаимоотношения с ним, а для этого важно проводить вместе время за каким-то занятием, которое объединяет и позволяет лучше узнать друг друга. Соответственно все вместе каждую неделю составляют список возможных общих занятий (например, приготовление пищи, прогулка, занятия спортом и т. п.), выбирают из них 2–4 занятия в неделю и тут же вписывают в недельный график. Их продолжительность может быть 0,5–1 час. Важно придерживаться тех же принципов и правил, что и при реализации предыдущей техники. Метафорическое послание в этом случае касается важности все большего вовлечения родителей в жизнь ребенка и налаживания позитивного общения.

Специальное время для общения. Эта техника способствует более искреннему и позитивному общению между детьми, подростками и родителями. Суть ее в том, чтобы каждый день иметь «традиционное время» для общения, например, каждый вечер пить вместе чай и делиться впечатлениями за день. Принцип тот же: не перебивать, не допрашивать, не критиковать, не поучать – просто делиться друг с другом своими переживаниями, историями, внимательно слушать друг друга. Иногда для улучшения общения можно предлагать вспомогательные средства, например, символический микрофон, который напоминает, что имеет право говорить лишь тот, кто держит микрофон, а другие активно слушают, не перебивая. Это может быть особо полезным, учитывая проблемы с импульсивным поведением у детей с СДВГ. Порой, чтобы сделать общение более интересным, можно превратить это время в своего рода «психологическую игру» – например, написать вопросы, которые помогают раскрыть собственную индивидуальность («С каким

животным ты себя идентифицируешь и почему?» и т. п.), положить их в коробку, а потом поочередно вынимать. Можно брать интервью с видеокамерой или же выбрать специальную тему, например, воспоминания и т. п. Из-за частых коммуникативных проблем в семьях детей с СДВГ внедрение таких типов общения может оказаться очень важным.

Типичные дисфункциональные образцы общения в семье

✓ отсутствие зрительного контакта, несоответствующий язык тела;

✓ негативная паравербальная составляющая общения (тон голоса, интонации);

✓ склонность не выслушивать других до конца, перебивать;

✓ невнимательность;

✓ отсутствие обратной связи, информации о том, насколько правильно человека поняли;

✓ осуждающие, обвинительные, негативные оценки и комментарии;

✓ неумение сотрудничать в поиске оптимальных путей решения проблем, противоречивых вопросов, принятия важных решений и т. д.;

✓ непродуктивные способы решения конфликтов (агрессия, тенденциозные, односторонние обвинения, игнорирование конфликтов, накопление обид, отсутствие прощения и т. д.);

✓ безэмоциональное общение, наличие скрытых, невыраженных чувств и т. д.

Общение родителей с ребенком нельзя рассматривать вне характеристик общения в семье в целом – нарушения в одной сфере могут быть проявлениями более серьезных проблем с коммуникацией вообще. Часто нужна помощь в улучшении внутрисемейной атмосферы в целом, и вышеприведенные упражнения могут быть модифицированы для оптимизации отношений между мужем и женой, родителями и другими детьми и т. д. Если же семья в целом испытывает серьезные трудности в общении родственников между собой, возможны более интенсивные вмешательства, направленные на улучшение взаимодействия, формирование умения решать проблемы, действовать в конфликтных ситуациях и т. п. Это может быть психотерапия для всей семьи или же специальные групповые тренинги общения. В нашем центре широко используется метод интерактивного видеотренинга: ситуация обычного домашнего

общения между родственниками записывается на видеокамеру, а затем совместно пересматривается и анализируется членами семьи вместе с психологом-видеотренером. Наличие значительных коммуникативных проблем в семье может быть причиной неэффективности дальнейших мероприятий, а потому необходима специфическая помощь в их преодолении. Положительные образцы общения в семье очень важны для самого ребенка с СДВГ, ведь многие из этих детей испытывают трудности именно в коммуникативной сфере и нуждаются в помощи – прежде всего от родителей – в моделировании эффективного общения.

4. Помочь родителям в формировании положительной самооценки ребенка.

Развитие положительной самооценки у детей напрямую связано с прогнозом, с возможностью полноценной самореализации в будущем. У детей с СДВГ в силу большого количества отрицательных взаимодействий с окружением, опыта отторжения и осуждения повышен риск формирования отрицательной самооценки. Роль родителей в формировании самооценки ребенка является определяющей, а потому эта задача очень важна.

Для ее реализации необходимо прежде всего ознакомить родителей с понятием самооценки (заниженная-положительная-завышенная), рассказать им о том, как она формируется, какое значение имеет для ребенка. Важно сделать особый акцент на том, что здоровая самооценка – это позитивное восприятие себя таким, каков ты есть, со всеми твоими способностями и ограничениями, критическое восприятие и осознание своих недостатков (но без самообесценивания или самоотрицания) и готовность работать, чтобы их изменить, если это возможно. Это не сравнение себя с другими, не вывод о том, что ты лучше или хуже всех. Важно подчеркнуть также, что завышенная самооценка, отрицание собственных недостатков, неумение воспринимать позитивную критику, перенесение собственной вины на других часто на самом деле является проявлением негативной самооценки и механизмом защиты от ее осознания. Такого рода защита довольно типична для детей с СДВГ. Многие родители в такой ситуации могут не осознавать значения положительного внимания и похвалы, поскольку боятся «испортить» ребенка, который, по их мнению «и так не видит в себе никаких проблем и не воспринимает никакой критики».

Важно обсудить с родителями, каким образом их взаимодействие определяет формирование положительной

самооценки у ребенка. Можно предложить им в качестве домашнего задания сделать недельную таблицу взаимодействий, разделив их на те, которые поддерживают формирование у ребенка положительной самооценки, и те, которые, наоборот, ведут к обесцениванию. Ниже приводится перечень идей, которые часто предлагают родители. Они могут послужить основой для дальнейшей работы и выбора целенаправленных стратегий помощи ребенку в формировании положительной самооценки.

Во многих семьях все внимание сосредоточено на проблемном поведении ребенка, и его постоянно критикуют. В этом случае имеет смысл предложить в виде домашних заданий следующие техники.

Положительное внимание. Родителям предлагается на протяжении недели днем носить на руке/шее какой-либо предмет, напоминающий им о важности положительного внимания к ребенку. Задание – замечать положительные моменты поведения ребенка, его успехи, ободрять похвалой, поддерживать своевременным признанием его достижений. Цель: помочь родителям выработать умение замечать положительные черты ребенка, его хорошее поведение и адекватно применять похвалу.

• Взаимодействия, ведущие к нарушению формирования у ребенка здоровой самооценки:

• постоянная, чрезмерная критика;

• идеализация ребенка («ты – лучший»);

• осуждение ребенка, навешивание на него ярлыков, негативное восприятие;

• отчуждение ребенка; запугивание потерей любви («будешь непослушным – отдадим тебя в интернат, нам такой сын не нужен»);

• негативные отношения с ребенком, нарушенное общение;

• чрезмерные обвинения; сравнение с другими детьми, особенно негативное; разочарование в ребенке;

• отсутствие помощи в преодолении трудностей.

Взаимодействия, ведущие к формированию у ребенка здоровой самооценки:

• безусловное принятие ребенка;

• позитивные отношения с ребенком, основанные на любви, уважении и вере в него;

• похвала, поощрение, сочувственная, без осуждения критика;

• помощь ребенку в восприятии ценности и важности

каждой личности, неосуждающем восприятии недостатков других;

• помощь в понимании того, что, хотя все люди имеют разные способности и ограничения, это не причина для вывода, что кто-то лучше или хуже, а скорее возможность к взаимодополнению и взаимопомощи;

• развитие способностей ребенка, помощь в самореализации;

• обучение важным жизненным навыкам (как прямое, так и через моделирование), помощь в преодолении трудностей;

• помощь ребенку в адекватном восприятии как успехов, так и неудач.

«***Пять к одному».*** Эта техника похожа на предыдущую, однако ее особенность в том, что родителям предлагается отслеживать соотношение выражений похвалы и поощрения с критическими замечаниями. Для этого родители на бланке отмечают каждую свою реакцию в соответствующей колонке (вне дома эквивалентом могут быть спички, пуговицы и т. п.). В конце дня рекомендуется подсчитать пропорцию положительных комментариев и отрицательных. Рекомендуется достичь соотношения 5:1, которое, по данным Barkley (1997 b), нужно для того, чтобы ребенок воспринимал взаимодействия с родителями как положительные.

Положительная характеристика ребенка. Родители должны подумать над тем, какие хорошие качества есть у их ребенка, и на следующей встрече родительской группы или консультации представить своего ребенка с положительной стороны.

Продолжение этой техники – разговор о способностях ребенка, его талантах и склонностях, которые нужно систематически развивать – ведь они являются одной из важных составляющих формирования у ребенка положительной самооценки.

5. Ознакомить родителей с этиопатогенетической концепцией управления поведением детей с СДВГ.

Предыдущие этапы были подготовительными к тому, чтобы обучить родителей специфическим методам поведенческого руководства, которые помогут значительно уменьшить проблемное поведение детей с СДВГ. Это отнюдь не обесценивает вышеупомянутые задания и цели, но многие семьи, обращающиеся за помощью, успешно справляются с

предыдущими заданиями самостоятельно, без особой помощи. Для большинства семей основным является запрос «помочь справиться с проблемным поведением ребенка, достичь большей “управляемости”, лучшего сотрудничества». Ответ на этот запрос – обучение родителей методам управления поведением. Еще раз подчеркнем, что существует риск слишком быстрого или преждевременного внедрения этих методов, – а это, как неподготовленная военная операция, может закончиться поражением, а соответственно и разочарованием родителей в предлагаемых методах помощи. Поэтому очень важно последовательно осуществить все мероприятия диагностического и подготовительного этапов.

Признаки готовности к обучению методам управления поведением

1. Проведена тщательная диагностика и на ее основе разработан комплексный план помощи семье.
2. Достигнуто согласие с родителями, выработан общий взгляд на проблемы, их происхождение и пути решения.
3. Сформирован терапевтический альянс с родителями.
4. Проведено психологическое просвещение родителей, в результате они осознают, что можно, а чего нельзя изменить, понимают свою роль, имеют четкие и реальные цели помощи ребенку.
5. Если необходимо, то семья получила/получает помощь в сфере решения неотложных социальных проблем, психического здоровья родителей, кризиса, вызванного выраженной семейной дисфункцией.
6. Родители положительно воспринимают ребенка, у них хорошие отношения с ним.
7. Родители понимают этиопатогенетическую концепцию поведенческого руководства.
8. Родители мотивированы, мобилизованы и объединены для внедрения принципов поведенческого руководства.

Важно, чтобы родители хорошо понимали, на каких принципах основаны методы управления поведением детей с СДВГ. Эти принципы вытекают из патогенетической концепции расстройства.

Основные принципы управления поведением

1. У ребенка с СДВГ нарушен контроль поведения, поэтому он значительно больше, чем ровесники, нуждается во внешнем контроле и руководстве поведением.

И хотя с возрастом самоконтроль улучшается, родители всегда должны осознавать, что им придется наблюдать за поведением ребенка и контролировать его, учитывать, что в этой сфере ребенок отстает от сверстников. Например, очевидно, что двухлетний малыш еще не готов к тому, чтобы его выпускали гулять одного. Некоторых детей с СДВГ даже в школьном возрасте опасно выпускать гулять самостоятельно… Поскольку дети с СДВГ неспособны оценить отдаленные последствия своих действий, легко поддаются внутренним «импульсам», их поведение часто очень рискованно, а потому опасно для них самих и окружающих. Следовательно, ребенка нельзя оставлять без внимания, необходимо постоянно наблюдать за ним.

2. Поведение детей с СДВГ определяется факторами внешней среды гораздо сильнее, чем внутренними правилами, указаниями и т. д., поэтому первоочередной метод влияния на поведение ребенка с СДВГ – соответствующая организация внешней среды.

Например, если у трехлетнего ребенка аллергия на шоколад, мы не оставляем его наедине с соблазном – мы прячем шоколад в недоступное место. Так же и со старшими детьми с СДВГ – нельзя подвергать их искушению, поскольку у них слабый самоконтроль; и хотя они могут очень хорошо знать что можно, а что не следует делать, они часто оказываются не в состоянии без «внешних тормозов» сдержать себя («чем кота гнать, лучше рыбку спрятать!»). Многие родители и без помощи специалистов поняли это: если ребенок должен делать уроки, когда остается один дома, телевизор должен быть недоступен, компьютер под паролем, игрушки под замком. А вот когда уроки хорошо и своевременно сделаны – тогда в качестве поощрения появляются и игрушки, и компьютер (конечно, ограниченное время). Адаптация внешней среды под особые потребности ребенка с СДВГ – ключевое средство, об этом подробнее сказано далее. Внешняя среда должна быть настолько структурированной, чтобы создать надежные рамки и направить ребенка в нужном направлении. Для родителей осознание этого крайне важно, так как именно они являются главными архитекторами среды ребенка и должны ясно видеть модель ее организации.

Основные характеристики адаптированной к потребностям ребенка с СДВГ среды

✓ среда должна быть позитивной – то есть не оказывающей негативного влияния на ребенка, не провоцирующей его на неадекватные и асоциальные действия;

✓ среда должна быть максимально свободна от «соблазнов»;

✓ среда должна быть четко структурирована, направлять поведение ребенка в надлежащее русло и помогать ему в организации деятельности;

✓ среда должна устанавливать для ребенка четкие и прочные рамки, которые сдерживают поведение ребенка в границах дозволенного;

✓ среда должна быть понятной и предсказуемой для ребенка, она должна функционировать согласно четким правилам;

✓ в среде должны присутствовать четкие указательные знаки, напоминающие ребенку о необходимом поведении;

✓ среда должна включать в себя вспомогательную систему наблюдения за временем, которая помогает ребенку организовывать свои действия в определенных временных рамках;

✓ все, что важно, должно быть максимально интересным – таким образом среда будет способствовать уменьшению проблем с внимательностью;

✓ в такой среде желательное поведение должно поддерживаться незамедлительными, частыми и значимыми для ребенка поощрениями, а проблемное – приводить к немедленным значимым негативным последствиям;

✓ в этой среде ребенок не должен пользоваться полной свободой, необходимо присутствие родителей или других взрослых, контролирующих поведение ребенка и направляющих его в необходимое русло;

✓ в среде должно отводиться время (и пространство) на то, чтобы ребенок наслаждался свободой, «выпускал пар», проявлял свою потребность в двигательной активности и т. п.;

✓ среда должна быть организована по принципу предвидения и опережения проблем.

Важно, чтобы среда общения и деятельности ребенка была разнообразной: он может посещать кружки, спортивные секции, религиозные организации и т. п. Это дает ребенку как позитивные

модели поведения, так и важный социальный опыт, друзей, помогает раскрытию его способностей, развитию положительной самооценки. Однако необходимо, чтобы эти виды деятельности доставляли удовольствие ребенку, поэтому родителям следует помочь взрослым, которые будут заниматься с ребенком (тренерам, наставникам и т. д.), понять его особенности и методы управления его поведением.

3. Ребенку с СДВГ трудно самостоятельно давать себе инструкции, напоминать правила, предусматривать отдаленные последствия своих действий, а потому он нуждается в системе частых, четких и «видимых» внешних напоминаний.

Для родителей это означает, что они прежде всего должны научиться давать эффективные указания и установить для ребенка четкие и понятные правила.

Основные принципы эффективных указаний

1. Эффективные указания кратки, понятны и однозначны – ребенок способен их запомнить, понять и выполнить (дети с СДВГ часто просто не в состоянии запомнить и выполнить указание, если речь идет о последовательности из нескольких действий).

2. Эффективные указания должны звучать именно как указание, а не просьба для рассмотрения, вопрос и т. п. (например, указание типа: «не мог бы ты…?» ребенок может воспринимать как необязательное, оставленное на его усмотрение).

3. Эффективное указание дается ребенку так, чтобы ребенок действительно его услышал (нужно подойти, встать перед ним, убедиться, что он обратил на вас внимание и слушает – и только тогда давать указание).

4. Эффективное указание направляет ребенка к желательному поведении и произносится в утвердительной форме, акцент ставится не на том поведении, которое нужно прекратить, а на желаемом действии (вместо «не разговаривай с пищей во рту» – «сначала прожуй, а потом говори»).

5. Эффективное указание произносится один раз (максимум два), если ребенок не начинает его выполнять, следуют четкие действия родителей (примеры эффективных действий приведены ниже). Многие дети, родители которых по тридцать раз повторяют указания (часто звучащие скорее как просьба),

просто делают вывод, что можно не торопиться с их выполнением. Они начинают действовать, лишь когда родители срываются – чтобы остановить крик, а это способствует закреплению модели поведения по механизму негативного подкрепления: реагировать исключительно тогда, когда мама срывается и кричит.

6. Эффективным указаниям часто должен предшествовать «предупредительный сигнал» – например: «Тебе осталось играть 5 минут» – для детей с СДВГ это особенно важно в силу трудностей с переходом от одной деятельности к другой.

7. Эффективные указания, выполняемые немедленно, сопровождаются поощрением, а не выполняемые – негативными последствиями (об этом подробнее ниже).

8. И разумеется, эффективные указания справедливы, уместны и не являются ни унижением ребенка, ни проявлением тотального контроля.

То же касается и правил. В этом случае мы часто приводим родителям аналогию с водителем, который учится ездить: ни в одной автошколе водителя не выпустят на дорогу, если он не выучил правила дорожного движения. Ребенок с СДВГ может знать правила, однако не успевает вспомнить их «во время езды» – поэтому ему нужны «дорожные знаки» и «инструктор», который вслух напоминает правила проезда перекрестков перед каждым перекрестком. Правила должны быть эффективными.

Основные характеристики эффективных правил для детей с СДВГ

Эффективные правила:

✓ демократичны и служат общему благу;

✓ четки, понятны и однозначны;

✓ содержат определение ситуаций, в которых они действуют;

✓ определяют как следствия их соблюдения, так и последствия их нарушений;

✓ предусматривают существование системы, которая обеспечивает их реализацию – и соответственно однозначные, последовательные, эффективные, предсказуемые поощрения или негативные последствия в случае соблюдения/нарушения;

✓ предусматривают систему напоминаний.

Родителям следует помочь ребенку понять важность правил.

Чтобы ребенок был готов жить в демократическом обществе, ему важно осознавать, что любая демократия предусматривает существование законов, которые устанавливаются для блага всех. Законы можно менять, совершенствовать, но если закон утвержден, даже если он кому-то не нравится – его однозначно нужно соблюдать. Если в обществе кто-то не придерживается законов – он несет наказание. Важно подчеркнуть, что пока дети не вырастут, родители являются для них «парламентом» и устанавливают такие законы, которые служат для блага всех и развития ребенка в частности. Родители могут также объяснить детям различия между демократией, авторитаризмом и анархией. Но, разумеется, все это объясняется не в момент, когда правила нужно выполнять, а в другое время.

Все, что касалось указаний и правил, относится и к помощи ребенку в сфере развития умения предвидеть последствия своих действий, соблюдать намеченный план и т. п. У детей с СДВГ существует дефицит внутренней речи и самоуправления, а потому роль родителей заключается в том, чтобы взять на себя функцию напоминания указаний и т. п., компенсировав таким образом отсутствие внутренних инструкций. Одна из главных задач родителей – помочь детям научиться «думать вслух, думать заранее» – чтобы со временем этот внешний голос мог превратиться во внутреннюю речь.

4. Поведение ребенка с СДВГ контролируются немедленными, а не отдаленными последствиями, поэтому родители должны создать такую систему поведенческого руководства, при которой желательное поведение ребенка сопровождается немедленными, частыми, эффективными поощрениями, а проблемное – такими же негативными последствиями (санкциями).

Родителям важно объяснить, что поведение ребенка определяется его последствиями и соответственно этому действует принцип поощрения и наказания. Большинство наших действий может иметь как близкие, так и отдаленные последствия, и часто близкое следствие позитивно, а отдаленное – отрицательно (например, для человека с аллергией на шоколад съесть его – приятное занятие, так как это вкусно, но более отдаленное последствие – аллергическая реакция – отрицательное).

Обычно мы взвешиваем значимость немедленных и отдаленных последствий и в своих действиях руководствуемся суммарным значением первых и вторых. Детям же с СДВГ в момент импульсивного желания сделать что-то трудно осознавать

отдаленные последствия, их поведение определяется лишь теми последствиями, которые находятся в поле их зрения и значимы для них. Поэтому последствия должны быть немедленными, частыми, предсказуемыми и «видимыми». Снова прибегнем к аналогии с вождением автомобиля: водитель-ученик мчится изо всех сил, не сознавая до конца, почему нужно ездить по правилам (ведь превышать скорость веселее). Если же он поймет, что его езда – это соревнование, что за ним пристально следят судьи, и при отсутствии нарушений правил на финише его ждет суперприз (а вдоль всей трассы на рекламных щитах – фотографии суперприза и скандирующие «молодец!» болельщики) – тогда есть шанс, что ребенок будет стараться. Более того, если он видит на каждом перекрестке милицию и знает, что за серьезное нарушение правил он мгновенно попадет на штрафплощадку – он еще более мотивирован ехать по правилам. Мы объясняем родителям, что ***сила поощрений и негативных последствий должна быть достаточно значительной, чтобы они были эффективными.*** Скандирование «молодец» без суперприза и поучительная лекция милиционера вместо штрафплощадки могут суммарно не перевесить наслаждение быстрой ездой без правил… То же, если финиш где-то далеко в будущем… Хотя словесные социальные поощрения (похвала) и наказания (порицание) важны, дети с СДВГ нуждаются в дополнительном подкреплении другими, более действенными методами («приз», угол, потеря привилегии и т. д.).

Мы также объясняем родителям, что иногда принципы поощрения и наказания поддерживают проблемное поведение, поэтому важно проанализировать характер взаимодействия между родителями и ребенком, чтобы выработать эффективную стратегию поведенческого руководства. Примером поощрения проблемного поведения может быть ситуация, когда родители, устав от криков и приставаний ребенка, сдаются и дают ему то, что он требовал. Таким образом ребенок получает урок: «Чтобы родители купили то, что ты хочешь, нужно закатить истерику». Кроме того, ребенок начинает понимать, что у родителей есть «точка излома» – нужно достаточно сильно и долго на них «давить», чтобы получить то что хочешь. Другое типичное взаимодействие: родители многократно повторяют требование, ребенок его не выполняет, в конце концов они опускают руки – дескать, нет средств против этого, пусть делает что хочет. Так поощряется непослушание. Аналогичный результат дает непоследовательность – ребенок делает вывод, что иногда можно избежать наказания или же, если мама говорит «нет», надо идти к папе или бабушке и т. д. Ошибки нередки и в сфере применения

санкций. Часто проблемное поведение ребенка не влечет за собой значимых негативных последствий (напомним, что такие меры, как обидеться на ребенка, отругать его, отчитать, запугать последствиями в далеком будущем – бесполезны). Иногда наказание может даже нанести вред ребенку – жестокое физическое наказание «в состоянии аффекта» не только разрушает отношения ребенка с родителями, усиливает оппозиционность и враждебность, но и моделирует для него негативную форму поведения – агрессию, потерю самоконтроля.

Следовательно, необходимо максимально вознаграждать желательное поведение, поощряя его немедленно, а проблемное – лишить поощрений и связать с незамедлительными, значимыми для ребенка негативными последствиями. И, разумеется, эти принципы должны действовать ***последовательно и неуклонно.***

Иллюстрацией важности последовательности действий снова может послужить метафора, связанная с вождением автомобиля. Чтобы придерживаться правил дорожного движения, мало их знать, важно о них помнить – для этого используются дорожные знаки, необходима последовательная система контроля за их соблюдением – государственная автоинспекция. Но не менее важно законодательство, которое устанавливает адекватные последствия нарушения правил: воспитательная лекция милиционера или штраф 10 рублей едва ли будут действенны. Нужно, чтобы милиционеры были достаточно твердыми и последовательными и вместе с тем не жестокими – водителя за нарушение правил никто не бьет и не унижает, но он должен заплатить соответствующий нарушению штраф. Соответственно задача родителей – помочь детям научиться жить по социальным правилам, контролировать свое поведение, чтобы не провоцировать «аварий».

У родителей иногда возникает опасение, что такая система испортит ребенка, заставит его искать в жизни лишь материальных выгод и т. п. Важно объяснить, что это не так: любой шантаж или манипуляция со стороны ребенка должны сопровождаться негативными последствиями. При этом система включает в себя обязательную помощь ребенку в понимании последствий своего поведения, причин введения определенных правил. Мы объясняем ребенку, почему нельзя драться, кричать, когда кто-то из родных спит, почему важно делиться, убирать за собой и т. п. Мы способствуем развитию эмпатии, бескорыстия, любви. Но вместе с тем мы понимаем, что во многих ситуациях ребенок в силу своих особенностей не видит отдаленных следствий и руководствуется лишь немедленным вознаграждением. Поэтому такая система становится чем-то

вроде компенсаторных костылей – помогает ребенку «ходить» (то есть вести себя подобающим образом), пока его ноги не окрепнут (не улучшится способность к самомотивированию и самоконтролю). Использование «костылей» совсем не означает, что не нужно тренировать ноги; цель использования «костылей» – как раз помочь функционировать здесь и сейчас, но вместе с тем и «тренировать ноги». Система внешнего мотивирования необходима, чтобы, с одной стороны, компенсировать дефицит внутреннего самоконтроля, а с другой – способствовать развитию самостоятельного мотивирования, осознанию отдаленных последствий собственных поступков, поддержке положительного социально-эмоционального развития, эмпатии и т. д.

5. Дети с СДВГ нуждаются не только в поощрении желательного поведения, но и в обучении важным жизненным навыкам.

Методы поощрения/наказания действуют только на то поведение, которое ребенок способен реализовать. Но наивно ожидать, что ученик самостоятельно начнет летать на вертолете исключительно благодаря тому, что ему пообещали за это «суперприз». Нужна помощь в обучении. Обычно дети схватывают большинство важных жизненных навыков без прямого инструктажа и «методического» обучения – подражая моделям поведения, демонстрируемым взрослыми, – а затем применяют их в естественной среде, где эти навыки получают и естественное подкрепление (например, слушаешь, не перебивая – с тобой больше хотят общаться). В силу невнимательности, импульсивности, несформированности контроля у детей с СДВГ возникают проблемы с освоением навыков и моделей поведения (общения, контроля эмоций, решения проблем, организации времени и т. д.). А вследствие возможных вторичных проблем (например социальной изоляции) они часто лишены возможности развивать эти навыки и закреплять их за счет естественного подкрепления (особенно это касается социальных и коммуникативных навыков). Поэтому дети нуждаются в обучении ряду важных навыков путем моделирования, ролевых игр, упражнений и т. д., но важно также систематически способствовать применению этих навыков, чтобы они закрепились и были перенесены в обычную среду жизни ребенка. Родителям необходимо: 1) учить детей желательному поведению и 2) поощрять это поведение. Исследования эффективности тренинга социальных навыков для детей с СДВГ свидетельствуют о том, что максимально высокие результаты достигаются тогда, когда родители являются партнерами специалистов, работающих с

детьми, и продолжают обучать детей и поощрять применение ими коммуникативных навыков в повседневной жизни ***(Barkley,*** 1996. С. 565–569).

Использование родителями методов поведенческой терапии требует определенных изменений в их собственном стиле взаимодействия с ребенком. Родители должны понимать, что от характера взаимодействия зависит очень многое и что они – главный источник влияния на развитие ребенка. Важно, чтобы они осознанно и последовательно применяли методы управления поведением, перешли от эмоциональных реакций к спокойным, четким и эффективным действиям. Им следует научиться заранее предусматривать разные проблемные ситуации и иметь определенный план действий. Но прежде всего они должны быть терпеливыми и любящими, верить в ребенка, осознавая его ограничения, и научиться беречь и восстанавливать свои силы, чтобы их хватило на многие годы…

6. Следует помочь родителям применять принцип поощрения желательного поведения.

Если родители хорошо осознают модель поведенческого руководства, ее внедрение не представляет большой сложности. Понимание принципов намного важнее, чем знание конкретных техник, мы всегда подчеркиваем, что именно понимание сути метода дает возможность находить собственные творческие подходы и приемы решения проблем ребенка в каждой конкретной ситуации. «Если бы на земле не было ни психиатров, ни психологов, ни психотерапевтов, что бы вы делали, как бы вы пытались позитивно управлять поведением ребенка?» – это хороший вопрос, помогающий родителям все больше полагаться на собственную компетентность и не ставить себя в зависимость от специалистов и их «рецептов» на все случаи жизни.

Первый этап поведенческого руководства – ***внедрение дифференцированного поощрения желательного поведения.*** Очень важно начинать именно с поощрения, поскольку оно хорошо воспринимается ребенком, помогает установить более благоприятную атмосферу в семье. Изолированное применение поощрения приводит к уменьшению поведенческих проблем до 50 % ***(Barkley,*** 1997 b). Обычно рекомендуется применять только поощрение желательного поведения в течение одной-двух недель, а потом постепенно вводить в дополнение к нему санкции.

Суть метода поощрения очень проста: родителям предлагается выбрать целевое желательное поведение (например, выполнение указаний с первого раза, вежливое общение, своевременное и качественное выполнение домашних заданий,

содержание в порядке своей комнаты и т. д.) и систематически поддерживать его частыми, немедленными поощрениями. Поощрения могут быть социальные («молодец!»), в форме привилегии, деятельности («ты сделал своевременно и качественно уроки, и в школе учительница говорила, что ты сегодня хорошо себя вел, значит, мы вместе можем пойти один час поиграть в футбол») или же материальные («ты выполнил все свои домашние обязанности без напоминания – предлагаю как премию мороженое!»). Поощрения могут предлагаться родителями спонтанно или же быть заранее оговорены (заключение «поведенческого контракта»). Например, не принес замечания из школы – 30 минут компьютерных игр, сделал своевременно и качественно уроки – 1 час прогулки, день вежливого общения без «скандалов» – общая игра в настольный футбол и т. п. Важно, чтобы поощрения были желательными и значимыми для ребенка, а поэтому они не должны быть доступными. Чтобы поощрения были действительно значимыми, важно выбирать их вместе с ребенком и периодически менять, разнообразить их. Ребенок может высказывать пожелание, но именно родителям надлежит определять, что может быть поощрением, а что нет, а также «размер» поощрения, в частности финансового.

Очень важно объяснить ребенку, что система дополнительных поощрений вводится для того, чтобы помочь ему преодолеть вредные привычки в поведении. Мы часто приводим аналогию с работником, который особо старательно выполняет трудное задание и за это получает дополнительное поощрение – премию. Давать ли премию, определяет директор. Работник не может самостоятельно пойти к директору и потребовать вознаграждения. Также подчеркивается, что желательное поведение хорошо само по себе и его важно придерживаться ради основной цели (знания, благосклонности других, хороших отношений в семье и т. п.), поэтому ребенок не имеет права требовать поощрения или торговаться за него – за такое поведение он будет наказан. Важно, чтобы родители осознавали риск возможного искажения системы поощрений и знали, как его предотвратить. Поскольку речь идет не о «покупке» желательного поведения, а лишь о временном дополнительном поощрении, заметим, что за старание родители могут какое-то время дополнительно «премировать» ребенка, так как понимают, что для изменения своего поведения ему нужно приложить немало усилий, и они хотят поддержать его в этом.

Не все поощрения можно сделать частыми и немедленными, поэтому есть смысл применять систему баллов (для старших

детей) или жетонов (для дошкольников). Ребенок может получать поощрение в виде баллов или жетонов, а затем при первой возможности превращать их в реальные вознаграждения.

Шаги внедрения этой системы для родителей:

1. Объяснить ребенку свое намерение.

2. Составить список вариантов желательного поведения и за каждый вид поведения (важно точно определить качественные и временные характеристики во избежание возможных споров в будущем) назначить определенную сумму баллов или жетонов. Подсчитать среднюю сумму баллов, которую ребенок может заработать за типичный «хороший» день. Сначала список следует сделать коротким – в два-три пункта, а затем постепенно прибавлять новые.

3. Вместе с ребенком продумать меню наград, которое должно состоять из ежедневных, недельных и отдаленных поощрений. Назначить каждой награде определенную сумму баллов в соответствии с ее значением, но с таким расчетом, что половину ежедневной суммы ребенок мог бы израсходовать на одну или несколько ежедневных наград, а сдачу отложить на отдаленные.

4. Организовать «материальную» сторону дела – жетоны, емкость для их хранения, блокнот или лист для записи баллов, систему визуальных напоминаний правил и поощрений и т. п.

5. Еще раз согласовать общее понимание правил действия системы и начинать.

Пример системы балльного поощрения мальчика младшего школьного возраста	
Желательное поведение:	**Меню поощрений:**
1. Утром вовремя (8:15) вышел из дома в школу — 5 баллов. 2. Не получил в школе замечания по поведению — 5 баллов. 3. Вовремя и качественно выполнил домашнее задание — 15 баллов. 4. Выполнил указания родителей с первого раза — 2 балла. 5. Повесил свою одежду в положенном месте, а не разбросал по комнате — 5 баллов. 6. Не дрался с братом в течение дня — 10 баллов. 7. День вежливого общения с родителями — 10 баллов. 8. Вечером без напоминания собрал портфель — 2 балла. 9. Вечером самостоятельно, без напоминания, вовремя пошел спать (в 22:00 в дни перед учебными, и 23:00 в пятницу и субботу) — 5 баллов. 10. Бонус за особенно хорошее поведение — 10 баллов.	1. Ежедневные: a. Просмотр мультфильма (до 1 часа) — 30 баллов. b. Катание на велосипеде (до 1,5 часов) — 30 баллов. c. Игра на компьютере (до 1 часа) — 30 баллов. d. Игра с родителями в настольный футбол — 30 баллов. e. Выбор десерта на ужин (с согласия родителей) — 30 баллов. f. Пригласить друга поиграть к себе домой / пойти в гости к другу (до 1,5 часов) — 30 баллов. 2. Еженедельные: a. Карманные деньги (максимум 100 руб. в неделю, тратить лишь под контролем родителей) 25 баллов/10 руб. b. Взятый напрокат мультфильм — 50 баллов. c. Выбор меню вечером в субботу — 50 баллов. d. Прогулка на велосипеде в парк вместе с родителями — 50 баллов. e. Поход на детскую спортивную площадку — 50 баллов. 3. Отдаленные: a. Поход на выбор (пиццерия, кафе, Макдональдс, цирк) — 150 баллов. b. Покупка ценной игрушки, велосипеда, компьютера (по договоренности) — 150 баллов. c. Поездка на ипподром и катание верхом — 150 баллов.

Приведенный пример является одним из возможных вариантов, в действительности же их очень много. Это могут быть и более простые договоренности – например, за собранные десять баллов/солнышек/жетонов – право выбрать приз из меню наград. Или для дошкольников, не умеющих считать – закрашивать за

надлежащее поведение ступеньку на рисунке, и когда будут пройдены все ступеньки (их может быть 5—10), ребенка ждет поощрение, которое нарисовано в конце пути. Другим вариантом для дошкольников может быть диаграмма-рисунок, где символ желательного поведения связан стрелкой с ожидаемым призом. Техник применения балльной системы разработано очень много, все они объединены принципом мониторинга желательного поведения и начислением баллов, которые потом превращаются в определенные вознаграждения. Для подростков возможен переход от балльной системы к поведенческим контрактам, где прописываются условия, на которых подросток получает определенные привилегии за соблюдение соответствующих норм поведения, выполнение обязанностей и т. п. (образцы поведенческих контрактов см. в Приложении 7).

Применяя эту систему, очень важно быть последовательными, единодушными (действовать совместно обоим родителям), не допускать исключений («Можно, я посмотрю мультфильм, а потом буду делать уроки?» и т. п.). Важно регулярно менять меню поощрений, а также список желательного поведения и «размер» премий. Родителям рекомендуется быть особенно щедрыми в первые дни и недели, чтобы ребенок увидел, что система действительно введена с целью помочь ему и что в целом ему нужно лишь приложить немного усилий, чтобы получать обычные ежедневные привилегии. В ответ на возможное сопротивление системе следует сказать: для того, чтобы иметь привилегии, важно выполнять свои обязанности, в этом мире никто просто так заработную плату не получает… Родителям важно также сознавать, что этот метод не является шантажом ребенка или приучением его к «взяткам», это система компенсации дефицита самоконтроля ребенка с целью помочь ему в развитии, самореализации и т. д. Для детей с СДВГ эта система действительно является компенсаторной, как инвалидная коляска для парализованного ребенка. Но в отличие от детей с физическими недостатками, чаще всего навсегда прикованных к коляске, эту систему дети с СДВГ обычно перерастают. Через несколько месяцев после заметного улучшения поведения можно перейти к контрактам и поощрениям «на глаз», в случае же возобновления проблем можно всегда снова вернуться к системе. Этот метод часто существенно уменьшает поведенческие проблемы ребенка, и многие родители ощущают целесообразность в продолжительном (в течение месяцев, а то и лет) ее применении.

7. Следует помочь родителям применять принцип

негативных последствий (санкций) для проблемного поведения.

Этап внедрения принципа негативных последствий, сопровождающих проблемное поведение ребенка, завершает внедрение системы управления поведением, помогающей применить в семье последовательную систему дисциплинирования и значительно уменьшить проблемное поведение ребенка. Несмотря на то, что во многих случаях введение поощрений позволяет почти полностью достичь желаемых изменений в поведении, существуют ситуации, в которых лишь последовательное внедрение частых, немедленных и эффективных санкций позволяет получить желаемый результат. Этот этап завершает переход родителей от хаотичного, реактивного, непоследовательного применения методов дисциплинирования к спокойной, превентивной, последовательной помощи ребенку в преодолении его проблем. И вновь важно подчеркнуть, что суть метода негативных последствий заключается не столько в применении наказания за то, что ребенок сделал что-то плохое, сколько в том, чтобы помочь ребенку лучше осознавать результаты своих действий и соответственно лучше контролировать свое поведение. И хотя эти методы не всегда нравятся ребенку, важно понимать, что в действительности они направлены на то, чтобы помочь ему. Поэтому санкции должны применяться без злости, спокойно, но твердо, и сопровождаться коротким объяснением, за какое поведение они назначаются. Не допускается осуждение ребенка и навешивание на него негативных «ярлыков». Санкции не должны быть страшными, унизительными, жестокими, не должны моделировать нежелательное для самого ребенка поведение (физическая или вербальная агрессия). Но они должны быть значимыми, иначе они не будут действовать (например, конфискация мобильного телефона на неделю может быть значимым последствием, а если просто отругать ребенка, то это может не подействовать на него). И, конечно, санкции должны быть справедливыми. Нельзя наказывать ребенка лишением любви или угрозами отдать в интернат и т. п. Негативные последствия не должны лишать ребенка базовых вещей (пищи, заботы, защиты, любви). Мы не случайно обращаем особое внимание на то, чего делать нельзя, – ведь принцип введения санкций часто используется неверно, во вред ребенку и его развитию.

Основные виды санкций:

1. Методы изоляции – эффективны, поскольку изоляция лишает ребенка возможности делать то, что он хочет и дает время

осознать свое поведение, эмоционально успокоиться. Но изоляция не должна пугать ребенка (темное помещение и т. п.) или восприниматься как отвержение («я не хочу тебя видеть»). Наиболее распространенные методы изоляции – «угол» и «домашний арест». Угол («тайм-аут»)[9] – эффективный метод для младших детей – предусматривает кратковременное (5—15 минут) пребывание ребенка на стуле с целью «посидеть, успокоиться и подумать» (детальный протокол применения «тайм-аута» см. в Приложении 4). Для старших детей и подростков эквивалентом угла за более серьезный проступок может быть изоляция в комнате с лишением привилегий (телевизор, компьютер и т. д.) и «домашний арест» (лишение на день-два права на прогулку и т. д.). Возможна и коммуникативная изоляция – например, если ребенок грубым тоном сказал что-то маме, та объясняет, что на протяжении вечера без особой потребности не будет с ребенком общаться, чтобы он понял, что такой стиль общения неприятен другим.

2. Временное лишение привилегии – например, игрушек, права смотреть телевизор, пользоваться компьютером, велосипедом, плеером, отмена прогулки, похода в кафе и т. п. Это эффективное негативное последствие. Чтобы оно было предсказуемым и справедливым, можно заключить поведенческий контракт (образцы контрактов – см. в Приложении 7), в котором будет оговорено, к лишению каких привилегий приведут те или иные формы проблемного поведения (например, замечание по поведению в школе – потеря права на просмотр телепрограмм, компьютерную игру и прогулку).

3. Штрафы – потеря баллов в системе балльного поощрения (для этого можно ввести отдельные пункты штрафа за проблемное поведение, но важно, чтобы штрафов не было слишком много, так как если ребенок «обанкротится», у него пропадет мотивация к «зарабатыванию» баллов, – поэтому желательно использовать, кроме штрафов, и другие виды санкций. Второй вариант штрафов: если ребенок получает еженедельную сумму карманных денег, он лишается части этой суммы вследствие определенных проступков (например, каждый факт невыполнения какой-то из домашних обязанностей – минус 10 руб. из недельных 100 руб).

4. Возмещение ущерба или дополнительная работа. Порой целесообразно спросить самого ребенка, что, по его мнению, будет справедливым следствием его проступка. Например, сын взял без разрешения деньги и израсходовал их на сладости, за что ему было назначено наказание в виде дополнительной работы в течение трех месяцев, которая по «стоимости» была эквивалентна

истраченной сумме.

На этом этапе родителям следует быть готовыми к определенному временному ухудшению поведения – ощущая установленные рамки, ребенок постарается испытать их на прочность. От родителей потребуются терпение и последовательность. Введение санкций может быть субъективно неприятным, но они чрезвычайно важны и необходимы, чтобы помочь ребенку научиться регуляции поведения, как в настоящем, так и в будущем…

8. Следует помочь родителям научиться применять принципы поведенческого руководства в разных проблемных ситуациях и на разных возрастных этапах развития ребенка.

Следующим, итоговым этапом поведенческого руководства является анализ его эффективности и «отшлифовка», приспособление его к конкретным ситуациям с учетом возрастных особенностей ребенка. На основе вышеупомянутых принципов родители могут разработать специализированный пакет поведенческих вмешательств относительно специфических проблемных областей:

1. Поведение в общественных местах.
2. Выполнение указаний.
3. Вербальная/физическая агрессия по отношению к брату/сестре.
4. Обман.
5. Проблемное поведение в школе и т. п.

Соответственно может разрабатываться отдельная программа управления поведением для каждой специфической проблемы. Иногда нужны более прицельные методы поведенческой терапии, в частности, детальный анализ эпизодов проблемного поведения, оценка его частоты и выраженности, установление желаемого уровня, за который вводится поощрение и другие техники.

То же касается и возрастных особенностей применения поведенческого руководства, в частности, существует целый ряд аспектов, которые необходимо учитывать в подростковом возрасте, а именно: важность общего обсуждения и участия подростка в установлении правил и следствий, применение поведенческих контрактов вместо системы баллов, внимание к возрастным психологическим потребностям подростка и др. (см. ***Robin,*** 1998).

9. Необходимо помочь родителям в улучшении школьной успеваемости ребенка и снижении его поведенческих и социальных проблем в школе.

Очень важно консультирование родителей по вопросам, связанным со школой, начиная с того, в каком возрасте идти в школу, какую школу выбрать, как реагировать на проблемы с поведением и успеваемостью, как помочь с подготовкой домашних заданий и т. п. Школа и связанные с ней социальные, учебные и поведенческие проблемы часто являются источником наибольших тревог и стресса родителей. Именно эта тема может быть центральной в консультировании. Подробнее об этом говорится в следующей главе.

10. Следует помочь родителям в развитии у ребенка специфических навыков.

Как уже упоминалось ранее, роль родителей заключается не только в поощрении желательного поведения, но и в содействии развитию необходимых жизненных навыков. Поэтому важно рассказывать родителям о том, как они могут помочь ребенку в наиболее проблемных сферах:

• Коммуникативные и социальные навыки.

• Умение решать проблемы.

• Умение планировать и использовать время.

• Умение контролировать злость.

• Эмоциональная компетентность: понимание и выражение чувств, способность понимать себя, помогать себе при эмоциональных затруднениях и т. п.

Обучению детей этим навыкам и роли родителей в этом обучении отведена специальная глава.

В завершение этой главы приведем цитату из книги Barkley (1996. С. 404): «*На протяжении последних лет представление об СДВГ изменились: если раньше его рассматривали как расстройство внимания, то теперь – как расстройство прежде всего мотивации. Именно такое понимание природы СДВГ является теоретической основой обучения родителей методам поведенческого руководства, делающим возможной компенсацию мотивационного дефицита ребенка с СДВГ путем применения дополнительных внешних систем мотивации. Систематическое применение таких методов может не только уменьшить проявления проблемного поведения ребенка, но имотивировать его делать что-то действительно важное, что он не соберется делать просто так, по своему желанию. Но чтобы применять эти принципы адекватно, необходимо хорошо понимать современную концепцию СДВГ. Следовательно, очень важно психологическое просвещение родителей. Многие из них испытывают негативные эмоции, поскольку сталкиваются с проблемами, и не хотят применять принципы поведенческого руководства. А потому*

чрезвычайно важным может быть консультирование родителей с применением техник когнитивной психотерапии, чтобы помочь им изменить патологические убеждения и искаженное восприятие себя и ребенка, которые и являются, по нашему мнению, основной причиной чувства отчаяния, разочарования и нежелания действовать».

Во многих случаях родители нуждаются в помощи специалистов, чтобы в них смогла возродиться надежда, вера в своего ребенка. А это чрезвычайно важно. В эпоху расцвета молекулярной генетики, биохимии и психофармакологии может забыться главное: *«Важнейшее лекарство для каждого ребенка – это любовь и вера в него его родителей…»*

Выводы

• Основной терапевтической мерой при СДВГ у детей является помощь их родителям в овладении специфическими, учитывающими нейропсихологические особенности ребенка стратегиями воспитания и управления поведением.

• Помощь родителям детей с СДВГ сфокусирована на основных задачах и определяется конкретными базовыми принципами.

• Основная форма помощи семье – индивидуальное или групповое консультирование родителей.

• Специалист, проводящий консультирование, должен быть компетентным в сфере охраны психического здоровья семьи и ребенка, владеть элементами когнитивно-поведенческой и семейной психотерапии.

• Для некоторых семей важны дополнительные мероприятия: индивидуальная или семейная психотерапия, консультация социального работника, видеотренинг общения и др.

• Важным источником поддержки может служить для родителей общение с другими родителями детей с СДВГ в рамках движения взаимоподдержки «Родители для родителей», задача специалистов состоит в содействии развитию этого движения.

• На основе понимания этиологии и патогенеза СДВГ выстроена современная концепция этиопатогенетического поведенческого руководства, которое при условии грамотного применения позволяет существенно улучшить поведение ребенка.

• Положительный эффект применения родителями приемов управления поведением научно доказан – в результате существенно улучшается поведение ребенка, повышается уровень его функционирования, изменяется в положительную сторону самооценка как у детей, так и у родителей, снижается риск развития вторичных проблем.

Помощь детям с СДВГ в школе

По своей значимости школа является второй после семьи средой обитания ребенка. Из всех поведенческих и эмоциональных расстройств у детей СДВГ, наверное, более всего отражается на функционировании ребенка в школе; можно сказать, что симптомы этого расстройства ярче всего проявляются именно в школе. И это понятно, поскольку поведение ребенка во время учебы более всего определяется требованиями среды (необходимость продолжительного сосредоточения внимания, ограничение двигательной активности, восприятие информации прежде всего визуально и на слух), и проблемы с самоконтролем выходят на первое место. При отсутствии надлежащего понимания и помощи учебные, поведенческие и социальные проблемы ребенка с СДВГ могут быстро прогрессировать и со временем приводить к серьезным вторичным последствиям – социальной изоляции, недостаточному усвоению учебной программы, заниженной самооценке и т. п. С другой стороны, поддержка учителей и одноклассников может стать могущественным ресурсом помощи ребенку и его родным в преодолении проблем.

Основные факторы успешности ребенка с СДВГ в школе

(по *Rief, Heimburge,* 2005)

1. Вера учителя в ученика, хорошие взаимоотношения между ними.
2. Предсказуемость, организованность и структурированность среды.
3. Сотрудничество и эффективная коммуникация между родителями и учителями.
4. Эффективное командное сотрудничество между специалистами по СДВГ (врач, психолог и т. д.), учителями, работниками школы (администрация, школьный психолог и т. д.) и родителями.
5. Интерактивные, творческие, интересные методы преподавания.
6. Развитие способностей ребенка, раскрытие его сильных сторон, принятие во внимание компетенций, присущих детям с СДВГ.
7. Применение эффективных методов управления поведением ребенка в школе.
8. Поощрение сотрудничества между учениками,

командности, взаимопомощи.

9. Гибкость учителя, его готовность и желание находить соответствующий педагогический подход и стиль преподавания, который отвечает особенностям каждого ребенка.

10. Помощь ребенку в развитии навыков самоорганизации и «умения учиться».

11. Информированность учителя относительно специфики СДВГ.

12. Уменьшение объема домашнего задания.

13. Уменьшение объема письменных заданий на уроках; предоставление детям с СДВГ большего времени на выполнение задания.

14. Поддержка со стороны школьной администрации.

В этой главе освещены основные принципы помощи ребенку и его семье со стороны педагогов. Многое из того, о чем говорилось в предыдущей главе, относится и к управлению поведением ребенка в школе, поэтому некоторые базовые утверждения будут лишь коротко повторены.

Роль учителя в помощи детям с СДВГ

Прежде всего следует отметить, что роль учителей является определяющей в своевременном выявлении СДВГ. Это особенно касается учителей младшей школы – ведь

именно они могут первыми заметить симптомы СДВГ у ребенка, и обеспечить раннюю диагностику и своевременную помощь. В старшей школе часто случается так, что из-за недостаточной информированности общества многим детям диагноз СДВГ не ставится вообще, их не направляют за надлежащей помощью, к ним не применяют соответствующие стратегии помощи в школе. Именно поэтому учителям средней и старшей школы так важно знать особенности симптомов СДВГ у этих возрастных категорий и уметь увидеть их через «наслоение» вторичных проблем и сопутствующих расстройств.

Учителя должны быть хорошо осведомлены о проблематике СДВГ, знать «школьную симптоматику» и уметь деликатно обратить внимание родителей на проблему и объяснить им особенности их ребенка – без осуждения, но так, чтобы помочь им осознать особые потребности ребенка и мотивировать их к обращению за помощью к компетентным специалистам. Роль учителей также очень важна в первичном просвещении

родителей. Учителя проводят немало времени с ребенком, и если между ними и родителями сложились позитивные взаимоотношения, есть доверие, родители могут быть более открытыми по отношению к педагогам. При этом учителям нужно быть предельно осторожными, чтобы, обсуждая с родителями особенности ребенка, неосмотрительно не «навесить на него ярлык». В такой беседе важно подчеркнуть, что СДВГ – особенность ребенка, которая создает ему ряд трудностей, а потому он нуждается в специфической помощи и поддержке, но, несмотря на это, у ребенка есть много положительных качеств, способностей, и в целом он положительно воспринимается учителями. Такой разговор об особенностях ребенка может сблизить родителей и учителей, укрепить доверие между ними, способствовать формированию эффективного партнерства. Однако учителям не следует самостоятельно ставить диагноз, желательно делегировать эту функцию компетентным специалистам ввиду риска ошибки – ведь, как уже упоминалось, двигательная гиперактивность и невнимательность могут быть симптомами многих других детских расстройств.

Содействие своевременному выявлению СДВГ и организации надлежащей помощи ребенку – лишь один из аспектов роли учителя. Учитель является ключевой фигурой при непосредственном воплощении стратегий помощи – он способствует положительному личностному и социальному развитию ребенка, раскрытию его способностей и талантов, успешной учебе, обеспечению соблюдения соответствующих правил поведения в школе и в коллективе ровесников. Конечно, обучение и воспитание детей с СДВГ – нелегкая задача для педагогов: необходима не только высокая мотивированность, но и специфические знания, и профессиональная компетентность, и немалые энергетические затраты. От позиции педагога многое зависит в жизни ребенка, значение этой помощи в определении сценария развития ребенка трудно переоценить… К сожалению, сейчас можно рекомендовать педагогам лишь зарубежные учебники, посвященные этой тематике (DuPaul, 2003; Pfiffner, 1996; Rief, 2005; Barkley, 1996)[10], но хочется надеяться, что вскоре в Украине появятся наработки и исследования отечественных педагогов, ведь интеграция зарубежного опыта в систему украинского образования не всегда реальна и целесообразна. Впрочем, важны не только учебники, но и качественное обучение, тренинги для педагогов, а также возможность консультативной и методической поддержки.

Важно, чтобы учителя четко понимали свои задачи и видели свою работу с ребенком в контексте его развития, подготовки к

взрослой жизни. Вместе с тем общие цели должны быть индивидуализированы и направлены на достижение конкретных задач в работе с каждым ребенком.

Цели учителей в работе с детьми с СДВГ и их родителями

✓ Способствовать социальному развитию ребенка, его успешной интеграции в коллектив ровесников.

✓ Способствовать успешному обучению ребенка, развитию у него мотивации к учебе и «умения учиться».

✓ Способствовать уменьшению проблемного поведения и развитию самоконтроля у ребенка.

✓ Способствовать развитию у ребенка положительной самооценки, веры в себя, раскрытию его способностей и т. д.

✓ Поддерживать родителей и помогать им воспитывать ребенка.

Роль отношений между учителем и ребенком

Необходимо, чтобы между учителем и ребенком установились позитивные отношения. Это фундамент воспитания и поведенческого руководства, поэтому учителю важно знать ребенка, понимать его трудности, различать поведенческие проблемы и личность ребенка, верить в него, стремиться помочь. Понятно, что этим вещам по учебнику не научишься, это скорее личностные характеристики учителя, его педагогическая позиция. Возможно поэтому родители, как правило, понимают: выбирая учебное заведение для своего ребенка, нужно искать не столько школу, сколько ***Учителя…*** От отношения учителя к ребенку зависят отношения, которые сложатся между ними, и как следствие – мотивация ребенка к сотрудничеству, учебе, надлежащему поведению и т. д.

Сказанное отнюдь не уменьшает значимости определенных действий и усилий учителя по построению позитивного взаимодействия с ребенком – ведь хорошие отношения не образуются сами собой, их надо строить и оберегать… Существуют вполне конкретные пути построения хороших взаимоотношений:

• Ежедневное личное приветствие ребенка.

• Использование разных возможностей для общения (например, во время перерыва можно подойти к ребенку и спросить: «Как настроение? Как прошли выходные?» и т. п.)

• Невербальные выражения хорошего отношения (например,

можно слегка погладить, похлопать по плечу за успешное выполнение задания и т. п.)

• Внимательность к ребенку, доброжелательность, поддержка.

• Внимание к успехам ребенка (в том числе и перед классом), его положительным качествам, способностям.

• Избегание унизительной критики, некорректных форм высказывания замечания и т. п.

• Эмоциональное, интересное проведение уроков с привлечением детей, их активным участием в уроке, поощрением сотрудничества.

Сотрудничество с родителями ребенка

Учитель общается с родителями всех своих учеников, однако сотрудничество с родителями детей с СДВГ должно быть более интенсивным, а поэтому очень важно выстроить партнерские отношения, базирующиеся на взаимном уважении, доверии и общем желании помочь ребенку в преодолении трудностей. По мнению Barkley (2006. С. 584), эффективное партнерство родителей и педагогов является главным условием социальной и учебной успешности школьника с СДВГ. Конечно, для такой работы учителям необходимы элементы навыков психологического консультирования, ведь эта задача не всегда бывает легкой и требует определенного опыта и компетентности. В отношениях с родителями, как и в любых отношениях, неизбежно будут возникать конфликтные ситуации, следовательно, учителям нужны также и навыки конструктивного решения конфликтов. К сожалению, часто при наличии нерешенных конфликтов в отношениях возникают противостояние и враждебность, взаимные обвинения и претензии. Это патовая ситуация, и она отнюдь не способствует объединению усилий ради помощи ребенку.

Учителю следует много общаться с родителями ребенка с СДВГ, чтобы согласованно работать над общими воспитательными целями, которые всегда шире, чем просто успешная учеба – это и контроль поведения, и интеграция ребенка в коллектив, и развитие положительной самооценки, социальных навыков и т. п. В процессе общения учитель может оказать поддержку родителям в содействии полноценному развитию ребенка. К консультированию родителей и ребенка учитель может привлекать школьного психолога, социального педагога, он может быть объединяющим звеном между родителями и специалистами, которые работают с ребенком в школе и вне ее. Некоторые методы управления поведением, о

которых будет говориться ниже, требуют общих согласованных действий родителей и учителей.

Учитель может также консультировать родителей по вопросам выполнения домашних заданий, назначения дополнительных занятий, преодоления проблем с самоорганизацией, трудностей в отношениях с ровесниками и т. п., передавая им свои знания и опыт. Из всех специалистов учителя, пожалуй, наиболее интенсивно и продолжительно сопровождают ребенка в его развитии, и важный компонент этого сопровождения – работа с родителями.

Организация среды

Поведение детей с СДВГ определяется факторами внешней среды в значительно большей степени, чем внутренними инструкциями, правилами и т. д, а потому главный способ влияния на поведение такого ребенка – соответствующая организация внешней среды.

А значит, задача учителя – стать архитектором благоприятной для ребенка среды.

Все, что говорилось в предыдущей главе об организации домашней среды, актуально и для среды школьной. Разумеется, в школе меньше возможностей осуществлять радикальные преобразования, поэтому следует творчески модифицировать классное помещение в пределах возможного.

Прежде всего желательно, чтобы ребенок сидел ближе к учителю и подальше от возможных источников отвлечения внимания (окно, шкаф и т. д.). С близкого расстояния учителю легче контролировать поведение и направлять ребенка в нужное русло. Наиболее частая ошибка – ребенка сажают за последнюю парту («пусть делает что хочет, только не мешает проводить урок»). В этом случае без внешней помощи со стороны учителя ребенок скорее всего не сможет надлежащим образом работать и вести себя на уроке. Хорошо, когда ребенок сидит с ровесником, который может служить моделью, образцом надлежащего поведения, и, наоборот, посадить рядом двух детей с поведенческими проблемами – это катастрофа.

Понятие организации среды выходит за пределы сугубо физического пространства и должно отвечать следующим требованиям:

• среда должна быть четко структурированной, понятной и предсказуемой для ребенка и функционировать согласно четким правилам;

• в среде должны присутствовать четкие указательные знаки и

напоминания ребенку о необходимом поведении;

• в благоприятной среде то, что важно, должно быть максимально интересным – и таким образом способствовать уменьшению проблем с вниманием;

• в благоприятной среде желательное поведение должно поддерживаться немедленными, частыми и значимыми для ребенка поощрениями, а проблемное – приводить к таким же негативным последствиям;

• среда должна быть организована по принципу предусмотрения и опережения проблем.

Очень важно, чтобы принципы организации среды были понятны ребенку, основные правила поведения были четкими, видимыми, наглядно воплощенными (на стене или на парте); чтобы ребенок хорошо понимал, почему эти правила важны и знал последствия их соблюдения или нарушения.

Наличие четких пунктов распорядка школьного дня также может значительно облегчить функционирование ребенка. Поскольку ребенок с СДВГ нуждается во внешних знаках, подсказках и сигналах, направляющих его поведение, важно, чтобы эти «знаки» присутствовали в достаточном количестве, а учитель мог быть эффективным «регулировщиком». Физическое приближение к ребенку дает учителю возможность через зрительный контакт, соответствующие жесты направлять его к желательному поведению без лишних слов. На парте ученика можно разместить пиктограммы («будь внимательным», «работай» и т. п.) – и тогда учитель в случае необходимости может просто указать ученику на символическую картинку. Можно использовать и более общие способы, адресованные всем ученикам, – например, если в классе слишком шумно, включить и выключить свет, зазвонить в маленький колокольчик и т. п.

Часто простого присутствия, физического приближения к ученику бывает достаточно для того, чтобы он «пришел в себя» и начал делать то, что следует. Чтобы эффективно влиять на поведение учеников, учитель должен быть мобильным и иметь возможность свободно передвигаться по классу во время урока.

Стратегии уменьшения проблем с вниманием

Основной способ уменьшения невнимательности – сделать уроки ***интересными, захватывающими.*** Проблемы с вниманием у детей с СДВГ возникают не потому, что они не могут сконцентрироваться, а потому, что им тяжело удержать внимание на чем-то неинтересном.

Когда ребенок смотрит мультфильм, он сконцентрирован. И

мы понимаем, почему: яркие картинки, интересный сюжет, частая смена кадров, музыкальное сопровождение и т. д. Чтобы ребенок был сосредоточен на работе, урок должен строиться, как мультфильм, – быть структурированным, наглядным, с интересным сюжетом и последовательным развертыванием событий, с частой сменой занятий, возможностью активного привлечения детей. Оптимален мультисенсорный способ подачи информации, яркий, эмоциональный и т. д. Вместе с тем, чтобы не перевозбудить ребенка с СДВГ, важно выдерживать четкие правила поведения на уроке и часто поощрять (например, похвалой, улыбкой, жестом) за хорошее поведение, внимательность и активность.

В процессе проведения урока учитель может использовать маленькие «хитрости»: интриговать детей открытыми вопросами, использовать юмор, рассказывать истории и приводить интересные примеры. Если учитель ведет урок с энтузиазмом, увлеченно, эмоционально – это тоже делает урок более ярким, театральным, снижает невнимательность. Активное привлечение детей к работе, диалог с ними, использование наглядности, ярких раздаточных материалов, интересных заданий, подаваемых маленькими порциями – тоже эффективные тактики. Для сосредоточения внимания на необходимом тексте можно использовать выделение цветом или проекцию луча маленького фонарика. Одним из ключей к удержанию внимания гиперактивных детей является фактор новизны, а потому интересное построение урока, элемент сюрприза, смена деятельности будут способствовать концентрации. Полезно использовать аудио– и визуальные «собиратели внимания»: зазвонить в колокольчик, хлопнуть в ладони, поднять вверх руку, включить/выключить свет, указать на пиктограмму и т. п. Рекомендуется также менять виды деятельности – от тех, где внимание сосредоточено на материале и лице учителя, к работе в группах, парах и т. п. Короткая физкультминутка в середине урока (без перевозбуждения!) также может оказаться чрезвычайно полезной. Альтернативой могут быть также музыкальная минутка, упражнения на воображение и т. п. Когда видно, что ученик с СДВГ устал и находится «на грани», можно дать ему какое-то «особое» индивидуальное задание, которое предусматривает возможность подвигаться и переключиться, отдохнуть – принести журнал, подать мел и т. п. Другой способ удовлетворения потребности ребенка в движении – разрешение во время урока держать, мять в руках определенный бесшумный предмет (пластилин, резиновое кольцо) – конечно, если это не мешает проводить урок.

Эффективное средство повышения внимательности – использование современных технологий обучения – компьютерных заданий, учебных фильмов, слайдов и т. п. У многих детей с СДВГ во время работы с учебными заданиями на компьютере проблем с вниманием почти не возникает. Кроме того, работа за компьютером облегчает выполнение письменных заданий детям, имеющим сопутствующую дисграфию.

Еще один важный способ поддержания внимания – мультисенсорная (полимодальная) подача материала. Часть детей лучше воспринимает информацию зрительно, часть – на слух, а для других (в частности, большая часть детей с СДВГ попадает в эту группу) оптимален тактильно-кинестетический способ восприятия. Поэтому целесообразно использовать разные формы подачи учебного материала и работы с ним: и вербальные (рассказ, песня, стихотворение), и зрительные (диаграммы, схемы, рисунки, фильмы), и тактильно-кинестетические (наглядность, конструкторы, подвижные игры, драматизации, эксперименты, полевые выезды и т. п.). Учитель может учитывать индивидуальные особенности детей и соответственно группировать их для выполнения определенных заданий.

Нельзя забывать и об индивидуальном подборе заданий для ребенка с СДВГ: иногда они могут быть несколько меньше по объему, предлагать их следует поочередно или же на выбор. Важно часто поощрять ребенка за внимательность, активность, в случае же отвлечения – жестом или словом перенаправить на работу.

Соответствие заданий и учебной программы возможностям ребенка также влияет на уровень его внимательности, ведь причиной учебных трудностей могут быть недиагностированные интеллектуальные нарушения или специфические расстройства учебных навыков. В этих случаях особо важен подбор индивидуальной учебной программы.

Внимание ребенка с СДВГ обычно значительно лучше в ситуации один на один, поэтому можно рекомендовать дополнительные индивидуальные занятия, а также привлекать одноклассников или старшеклассников для помощи ребенку (в некоторых школах действуют системы, в которых старшеклассники становятся своего рода «репетиторами» и наставниками для учеников младших классов, имеющих трудности с учебой).

Принципы управления поведением детей с СДВГ в школе

При управлении поведением ребенка с СДВГ в школе работают те же принципы, что и дома. Учитель должен понимать: *такой ребенок нуждается в большем индивидуальном внимании, в более интенсивном наблюдении и регулировании поведения.* Именно поэтому рекомендуется, чтобы ребенок сидел ближе. Учитель – как регулировщик, направляющий автомобили. Отсюда четкие, выразительные указания и правила; отсюда частый зрительный контакт; структурированность, предсказуемость хода урока. Как и дома, в школе важны проактивный подход – то есть действие на опережение проблемного поведения, и частые, немедленные и эффективные действия в ответ на желательное/проблемное поведение.

Разумеется, далеко не всегда учитель может предоставить необходимое количество внимания и помощи одному ребенку с СДВГ, ведь в классе много других детей, и все они тоже имеют свои потребности. Именно поэтому учителям важно обладать минимальным «пакетом» вмешательств для СДВГ, которые представлены в этой главе и позволяют уменьшить поведенческие проблемы ребенка, часто являющиеся причиной серьезного стресса для учителей, «срыва» уроков и т. п. Учителя намного больше мотивированы испытать стратегии и техники управления поведением, когда сознают, что, хотя в начале требуются дополнительное время и усилия для их внедрения, в дальнейшем они значительно улучшают ситуацию в классе и позволяют педагогам работать более эффективно. Отзывы учителей львовских школ, которые начали внедрять эти методы, подтверждают, что они не только помогают уменьшить проблемное поведение ребенка с СДВГ на уроках и улучшить успеваемость, но применимы и ко всем детям, улучшая качество педагогического процесса в целом.

Очень важно, чтобы другие дети понимали – если ребенку с СДВГ уделяется особое внимание со стороны учителя, – это лишь потому, что он испытывает определенные трудности и нуждается в помощи. Можно объяснить, что ребенок с СДВГ ведет себя так не намеренно, его проблемы вызваны чрезмерной активностью.

Следующий важный принцип. Дети с СДВГ нуждаются в *частых, немедленных эффективных поощрениях за хорошее поведение и санкциях за проблемное.* И здесь, как и дома, важна систематичность и последовательность. Причем начинать нужно всегда с поощрений и на них полагаться в первую очередь. Конечно, спектр поощрений в школе не столь широк, как дома, но можно творчески подойти к делу и найти подходящие варианты. Прежде всего это устная похвала, жест поощрения. Она оказывает существенное влияние на ребенка. Припоминаю, как одна девочка

пришла на повторную консультацию с радостным восклицанием: «Меня сегодня похвалили на математике!» Для того чтобы учитель выработал привычку «ловить» моменты хорошего поведения и устно хвалить детей, Barkley (2006. С. 559) предлагает целый перечень техник напоминания и мотивирования: от жетонов, которые нужно перекладывать из одного кармана в другой за каждую похвалу, до смайликов-напоминаний на стенах, вибрации таймера и т. п.

Учитель может использовать и письменную похвалу в дневнике, выражение благодарности родителям – устно, по телефону, на родительском собрании (они в этом так нуждаются – ведь часто им кажется, что педагоги воспринимают их ребенка лишь в негативном свете!). Также можно (что часто применяется в младшей школе) наклеивать «смайлики» или ставить «штампики» за хорошее поведение, внимательность, активность на уроке. Можно ввести систему баллов, которые превращаются в определенные привилегии в школе или дома. В школе, конечно, сложнее, но, например, привилегией, заработанной за определенное количество баллов, может быть разрешение поиграть после уроков в баскетбол, в интересную игру в компьютерном классе. Важный источник социального поощрения – ровесники. За особенные успехи и старание весь класс может поаплодировать (и, конечно, не только ребенку с СДВГ), пожать руку.

Принципы поощрения желательного поведения должны, по возможности, распространяться на весь класс, чтобы не вызвать отрицательных реакций у ровесников из-за «особого статуса» ребенка с СДВГ и мотивировать всех детей. Можно применять и методы поощрения класса в целом. Например, баллы, которые зарабатывают ученики, могут складываться в общий банк – и когда будет достигнута определенная сумма, весь класс получает какую-нибудь привилегию. Такими коллективными привилегиями могут быть общая прогулка, игра, вечеринка, или другое привлекательное для всех занятие. Похожую функцию могут выполнять для учеников младшей школы (и для дошкольников) материальные альтернативы баллам – например, можно складывать камешки в вазу до ее полного заполнения за каждый урок без значительных нарушений поведения и т. п., или же продвижение на один шаг вперед по нарисованной дорожке до достижения конечной цели, которой может быть опять-таки какая-либо общая привилегия. Большой плюс таких приемов в том, что они способствуют поощрению желательного поведения друг у друга, превращают класс в команду, и желательное поведение ребенка с СДВГ в этом случае получает выразительное

подкрепление со стороны ровесников, а проблемное – не находит поддержки (вспомним, что один из механизмов развития и закрепления проблемного поведения – социальное поощрение со стороны ровесников, например «клоунада» на уроках). Конечно, введение коллективных привилегий не исключает применения индивидуализированной системы – в частности, балльная система может действовать и индивидуально, и каждый из учеников может заработать баллы, которые в конце недели будут преобразованы в индивидуальные привилегии и т. п. Промежуточными между индивидуальными и коллективными могут быть групповые привилегии, когда дети работают в подгруппах, своего рода мини-командах, и соответственно зарабатывают совместно привилегию для своей команды.

Еще одна интересная техника: за надлежащее поведение учитель записывает имя/фамилию ребенка на листочек и бросает в специальный сундучок, – а в конце дня или недели разыгрывается определенная привилегия путем вытягивания одного из листочков с именем. Плюс этой техники в том, что она позволяет использовать ограниченное количество привилегий для мотивирования большого количества учеников, ведь все понимают, что чем больше листочков с их именем попадет в сундучок, тем больше у них шансов на успех в лотерее. Другая техника – «игра в хорошее поведение»: класс делится на две подгруппы, каждое замечание ученику из подгруппы заносится в соответствующий групповой лист на доске. В конце урока или дня, если обе группы набрали меньше, чем определенное критическое число замечаний (например 4), обе получают право на определенную привилегию; если же обе перебрали лимит, то та группа, которая набрала меньше, получает право на привилегию, но уже на более короткий промежуток времени или в меньшем объеме. Привилегиями могут быть какие-то интересные игры, занятия, доступ в игровую комнату, небольшое уменьшение объема домашнего задания и др. Плюс этой техники: ее можно применять каждый день и она не требует от учителя много времени и усилий. Похожие техники описаны довольно широко (см. ***Rief, Heimburge,*** 2005), однако суть не столько в конкретных приемах – их учителя и дети могут изобретать и модифицировать самостоятельно, – сколько в общей организации среды с четкими правилами, моделированием желательного поведения и общей атмосферой его поощрения.

Разумеется, не всегда учителя могут физически реализовать такую систему поощрений в школе. Поэтому возможным эффективным дополнением или альтернативой школьных поощрений может быть вариант получения поощрений дома за

заработанные в школе баллы.

Такая система работает подобно домашней системе поощрений/наказаний, описанной в предыдущей главе. Но особенностью ее является то, что учитель каждый день оценивает поведение, активность, внимательность ребенка на уроке, а родители дома на основе установленных «нормативов» вознаграждают ребенка или же наказывают в случае ненадлежащего поведения. Мы предлагаем родителям завести специальный дополнительный дневник, где в зависимости от особенностей проблем, с которыми сталкивается ребенок в школе, учителя оценивают в баллах (0 – плохо, 1 – удовлетворительно, 2 – хорошо, 3 – отлично и т. п.) поведение ребенка.

Например:

День:	**Урок**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
внимательность					
активность					
поведение					

Варианты могут быть разные: может ставиться общая оценка, если какая-то проблема наиболее выражена, оценивается лишь она (например, агрессивное поведение на перемене, выполнение требований учителя и т. п.); система оценивания тоже может быть произвольной – за каждый урок или за день вообще (первый вариант лучше при необходимости частых поощрений). Учитель должен сообщать ученику об оценке и сопровождать ее похвалой либо пожеланием лучшего поведения на следующем уроке. Такую систему легче ввести в младшей школе, когда класс ведет один учитель. В старшей школе родители могут поощрять ребенка за наличие классной работы, отсутствие замечаний по поведению и негативного устного отзыва учителей, за оценки, которые частично отображают старательность ребенка, и т. п. И наоборот, наличие замечаний должно последовательно сопровождаться негативными последствиями дома (например, вечер без прогулки, телевизора и развлечений). При балльной системе родители

должны установить дифференцированную систему поощрений и наказаний: определенная сумма баллов – определенные поощрения; количество, меньшее минимума – санкции (например, 35 баллов за день – 30 минут мультфильмов, 45 баллов – 1 час, меньше 20 баллов – лишение прогулки и т. п.). Баллы могут суммироваться и накапливаться на какое-то ценное вознаграждение; или при достижении максимальной планки, которая должна быть примерно на 5 % выше типичного дневного «показателя» и постоянно понемногу подниматься – выбор ежедневного вознаграждения из меню и т. п.

Простой вариант поощрения родителями хорошего поведения в школе – договоренность об определенной привилегии сразу после занятий (поход на площадку, лакомство и т. п.) в зависимости от того, как оценит поведение и активность ребенка учитель. Это актуально большей частью для младших школьников, когда родители каждый день забирают ребенка из школы и встречаются с учителем.

Существенные нарушения установленных правил должны сопровождаться немедленными эффективными санкциями. Все, что говорилось о наказании в предыдущей главе, касается и школы – следует применять этот метод корректно, без злоупотреблений. Важно помнить, что методы управления поведением базируются прежде всего на поощрении желательного поведения и не все формы отрицательного поведения должны быть наказуемы. На минимальные нарушения можно просто не реагировать. И лишь при повторении или более серьезном нарушении ребенок предупреждается о возможном наказании в случае, если поведение не изменится, и только после этого следует конкретное действие. Важно, чтобы ученик ощущал, что учитель настроен твердо и решительно: ненадлежащее поведение повлечет за собой конкретное негативное последствие. При этом учитель должен применять санкцию или порицание спокойно, твердо, без эмоционального унижения ученика. Санкции в школе могут быть следующими: устные или письменные замечания, угол или потеря привилегии (например, возможности побегать в коридоре на перемене или участия в каком-то интересном мероприятии), оставление за партой во время перерыва (определенное количество минут, отвечающее количеству замечаний за нарушение правил поведения на уроке), или же дополнительная работа по завершении уроков. Можно применять и промежуточную систему регистрации замечаний – завести карточку, где учитель ставит соответствующий знак (например, тучка для младших школьников), а затем определенное количество замечаний приводит к конкретным следствиям –

письменное замечание домой, потеря нескольких минут привилегированных занятий и т. п. Подобным образом действует система, когда ребенку или группе детей «авансом» начисляется определенная система баллов. Каждое замечание ведет к потере баллов. В конце дня в зависимости от количества баллов, которые остались, есть возможность получить ту или иную привилегию, но привилегии разбиты на группы более желательных и менее ценных согласно оставшемуся количеству баллов.

Другой метод, о котором уже упоминалось выше: отрицательные баллы или замечания в дневнике при условии применения балльной системы должны превращаться в специфические негативные последствия дома. Учителям важно сотрудничать с родителями и быть уверенными, что замечания помогают решить поведенческие проблемы, а не усиливают их; что родители применяют методы управления поведением дома. Как уже упоминалось, патологические формы наказания (физическое насилие, эмоциональное отвержение, осуждение ребенка и др.) приносят больше вреда, чем пользы, поэтому учителям и родителям важно быть партнерами и ***совместно применять единые подходы*** к воспитанию. Если родители испытывают трудности, нуждаются в дополнительной помощи, учителя могут консультировать их или же направлять на специализированные программы помощи детям с поведенческими расстройствами.

При серьезных поведенческих нарушениях (драки, обман и т. п.) необходимы более суровые санкции – например, вызов к директору, «домашний арест», продолжительное лишение привилегий и т. п. Однако и в этом случае недопустимы запугивание и отвержение ребенка.

Внимание к поведению ребенка необходимо не только на уроках, но и во время перемен, ведь часто именно тогда происходят разные инциденты. Должны быть разработаны правила и методы мониторинга и регулирования поведения во время перемен; наилучший способ управления поведением – действие на опережение.

При яркой выраженности поведенческих проблем необходимы специальные меры как дома, так и в школе, выработка целевых программ поведенческой терапии (часто дополнительно и индивидуальной, и семейной), направленных на отдельные симптомы. Это задача квалифицированных специалистов – психологов, психотерапевтов. Чрезвычайно важную роль могут сыграть школьные психологи, владеющие навыками поведенческой терапии. В сложных случаях учителям важно приобщать психологов к выработке целевых программ под

конкретные поведенческие проблемы ребенка. Для реализации программ, как правило, необходимо интенсивное сотрудничество с родителями, их ежедневные визиты в школу и т. п. Соответственно разрабатываются индивидуальные цели для ребенка, подписываются поведенческие контракты, осуществляется тщательный мониторинг, подбираются эффективные поощрения/наказания. Важен также детальный анализ проблемного поведения, определение факторов, его провоцирующих и выработка стратегий его предупреждения. При тяжелых формах СДВГ часто возникает необходимость в применении медикаментов. Ребенок может нуждаться в переводе в другой класс или школу, где, например, меньшее количество детей в классе (большей частью в частных школах), есть дополнительный ассистент для ребенка (в классе работают одновременно два педагога или же есть учитель, который имеет опыт работы с детьми с СДВГ и соглашается принять ребенка в класс). Разумеется, перевод ребенка в другую школу не может быть общей рекомендацией. Хотя, к сожалению, часто происходят случаи откровенного давления на родителей, требования забрать ребенка из школы, поскольку он создает трудности – понятно, что это скорее попытка избавиться от проблемы, чем стремление действительно помочь ребенку.

Однако, с другой стороны, важно понимать, что в отдельных случаях дети с СДВГ и сопутствующими поведенческими расстройствами, в частности с оппозиционным, агрессивным, антисоциальным поведением, являются настоящим вызовом для учителей в их педагогической работе, и чтобы эффективно справляться с поведением таких детей, реализовывать учебные и воспитательные цели, нужна серьезная поддержка психологов. Необходимо также привлечение администрации; эффективное сотрудничество со специалистами сферы психического здоровья, работающими с детьми с поведенческими расстройствами. Дополнительная поддержка, привлечение команды специалистов крайне необходимы для эффективной помощи этим детям.

В отдельных случаях детям с тяжелыми формами СДВГ и сопутствующими поведенческими расстройствами необходимо пребывание в терапевтической среде специальных учреждений для детей с поведенческими расстройствами. В таких специальных учебных программах созданы надлежащие условия, работает команда компетентных специалистов, способных обеспечить терапию для этой категории детей. Такие специальные учреждения/программы эффективно работают во многих странах. Они позволяют достичь существенных изменений, и через год-два занятий по такой программе можно

пробовать реинтегрировать ребенка в обычную школу.

Кооперативное обучение

Учителю важно помочь ребенку с СДВГ найти свое место в коллективе, где ценится личность, где каждый имеет свои способности и ограничения, а потому дети дополняют друг друга и вместе могут стать дружной командой. Следует избегать отрицательных ярлыков, сравнений и т. п., поощрять сотрудничество и взаимопомощь между детьми, стремиться к осознанию того, что хорошая команда достигает наилучшего результата при условии, что каждый играет как можно лучше, но вместе с тем без «звездной болезни». Речь идет о том, что получило название кооперативной модели обучения – модели, которая помогает детям путем поощрения сотрудничества между ними открыть радость и богатство совместной деятельности, а соответственно строить дружбу между детьми, способствовать развитию взаимопомощи, здоровой самооценки, просоциальных навыков. Кооперативная модель – противовес распространенным в обществе тенденциям индивидуализма, конкуренции и антагонизма. При таких тенденциях люди соревнуются между собой и видят друг в друге скорее конкурентов, угрозу себе, чем возможность взаимопомощи – «или я выиграю и ты проиграешь, или ты выиграешь, тогда проиграю я». Девиз кооперативной модели – «мы оба выиграем, если будем сотрудничать, и вместе мы можем достичь значительно большего, чем каждый по отдельности».

Такая модель требует соответствующей организации обучения и педагогического процесса вообще. Необходимо создать детям возможность работать в подгруппах на общие цели, а также учиться сотрудничать, быть членом команды. Поэтому учебные задания превращаются в общую работу над определенным проектом с привлечением каждого, распределением обязанностей, взаимопомощью. Это дает детям возможность не только получить опыт работы в команде, но и учиться важным социальным навыкам и сразу же применять их. Эти навыки (общения, взаимопомощи, совместного решения проблем, преодоления конфликтов и т. п.) подробно описаны в следующей главе. Роль учителя в этом случае – не только помогать детям усваивать академическую программу, но и учить их необходимым социальным навыкам путем создания соответствующих условий, моделирования, объяснения, поощрения к их применению. В этом смысле класс является идеальным местом, поскольку это и есть повседневная среда

жизни ребенка и именно здесь социальные навыки играют основную роль.

Школьный класс является своего рода прототипом общества, и если ребенок с СДВГ сможет приобрести опыт положительных отношений в дружеском коллективе, отыскать свое место в нем, ощутить радость отношений, ощущения команды – это станет предпосылкой его будущей социальной адаптации. Учителю важно понимать, что он (и школа в целом) не только дает ребенку академические знания, но и учит его жизни – умению строить отношения с людьми, сотрудничать, создавать атмосферу взаимоуважения, соблюдения прав каждого, осознания ответственности друг перед другом. В широком смысле образование и есть формирование человека, культивирование ценностей гуманизма, демократии, справедливости. И если вспомнить, что опаснейший вариант развития ребенка с СДВГ – антисоциальный, то можно понять, какая большая ответственность лежит на педагогах. От них действительно зависит судьба не только ребенка, но и всего общества.

Помощь в развитии навыков обучения, самоорганизации и управления временем

Как уже не раз отмечалось, одним из основных дефицитов детей с СДВГ является нарушение способности к самоорганизации и планированию собственного поведения. Именно этот дефицит часто лежит в основе учебных трудностей гиперактивных детей. Поэтому помощь детям в самоорганизации и планировании, содействие выработке этих навыков – важнейшая задача педагога.

Учителям важно направлять внимание учеников на упорядочение их рабочего места, на надлежащую запись

домашних заданий, планирование необходимых действий, их временую организацию. Следует помочь ученикам выработать систему самоорганизации – научить их записывать задания, определять приоритеты, составлять временные планы, придерживаться запланированного. Особую трудность для учеников с СДВГ представляет решение долгосрочных, больших по объему заданий – им нужно помочь научиться разделять большое задание на части и выполнять их по очереди, придерживаясь определенных временных рамок. Существенная роль в выполнении таких заданий принадлежит и родителям, поэтому учителям и родителям важно сотрудничать. Учитель должен контролировать процесс записи домашних заданий (для этого, например, в конце урока можно дать ученикам задание

проверить соседа по парте – записано ли у него домашнее задание), а родители – отслеживать выполнение домашнего задания, собирание портфеля к следующему дню. В этом детям помогут так называемые списки для проверки – перечень того, что необходимо взять – ребенок должен проверить и отметить в списке, все ли он взял/сделал. Для предупреждения проблем с забыванием можно использовать методы самонапоминаний: разного рода записки, прикрепленные на видном месте, таймер, системы напоминаний мобильного телефона или компьютера и т. п. Также важна помощь детям в формировании ощущения времени – рекомендуется не только иметь наручные часы, использовать таймер, но и применять другие видимые символы времени, такие как песочные часы, письменные подсказки на доске о том, сколько минут остается до завершения контрольной и т. п.

Поскольку детям с СДВГ трудно своевременно выполнять тот объем заданий, который обычно доступен большинству ровесников, рекомендуется уменьшать объем письменных заданий как на уроке, так и дома.

Ребенку нужна помощь и в развитии умения учиться. В него входит умение определять учебную цель («почему я это хочу знать?»), выбирать учебный материал, организация самого процесса обучения, конспектирование, самопроверка, повторение и т. п. Сюда же можно отнести и стратегии запоминания материала, мнемотехники и т. п.

Индивидуальная программа обучения

Переводить ребенка в другую школу или адаптировать учебную программу к его возможностям имеет смысл лишь тогда, когда у него наблюдается сопутствующая интеллектуальная недостаточность или же выраженные изолированные нарушения развития школьных навыков – чтения, письма, математических операций. Очень важно своевременно их выявить (а у 40 % детей с СДВГ они присутствуют), поскольку тогда ребенок нуждается в специализированном подходе в обучении в соответствии с принципами специального образования детей с особыми потребностями. Применение специальных подходов в преподавании часто улучшает качество обучения ребенка с СДВГ и в обычной школе – это касается как методов представления материала, использования дидактических материалов, компьютерных технологий, так и соответствующего подбора заданий во время классной работы и в качестве домашнего задания. Дети с СДВГ, даже не имея нарушений школьных

навыков, нередко испытывают серьезные трудности в овладении письмом, чтением, математикой. Применение современных технологий преподавания этих предметов в младшей школе, а также специально разработанных для таких детей методик преподавания (см. *Rief, Heimburge,* 2005) помогает значительно улучшить успеваемость детей, а соответственно и их самооценку, и мотивацию к обучению, и прогноз развития.

В завершение главы о помощи детям с СДВГ в школе следует еще раз подчеркнуть исключительную роль личности педагога, его жизненной и педагогической философии. Никакие техники не будут работать, если за ними не стоят вера в ребенка, любовь и желание помочь ему в личностном становлении…

Linda Haughey, мать трех сыновей с СДВГ, так подытоживает свои размышления о роли учителя в судьбе ребенка: «Ничто не может заменить личность учителя, любящего свою работу и действительно желающего помочь детям на их жизненном пути. Верьте в вашу способность изменить будущее детей. Имейте мужество добиваться изменений. Отмечайте уникальность и неповторимый дар каждого ребенка. Все это так чудесно обобщает выражение, которое я когда-то прочитала на стене в учительской: «*Влияние учителя не ограничено во времени, оно простирается в вечность. И никто не может знать, как далеко распространяется оно…» (Rief, Heimburge,* 2005. С. 324).

Выводы

• Школа – вторая по значимости после семьи среда в жизни ребенка, и ее влияние на его будущее может быть определяющим.

• Учителям очень важно понимать природу расстройства и особенностей детей с СДВГ, а также уметь применять принципы и методы управления поведением.

• Учителя нуждаются в тесном сотрудничестве с родителями и установлении стратегического партнерства с ними с целью помощи детям с СДВГ в преодолении учебных, поведенческих и социальных трудностей.

• Роль учителей является определяющей в раннем выявлении СДВГ, в направлении родителей и ребенка на специализированные программы помощи. Важны партнерство и согласованное сотрудничество между специалистами, осуществляющими эти программы, родителями и педагогами.

• На основе патогенетической концепции управления поведением разработаны конкретные принципы и техники обучения и воспитания детей с СДВГ в школе.

• В воспитании детей с СДВГ педагогам необходимо целостно подходить к развитию ребенка и оказывать содействие выявлению

всех его компонентов – успеваемости, социальной компетентности, самоконтроля, положительной самооценки и т. п.

• Чрезвычайно важной задачей педагогов является помощь ребенку с СДВГ в его интеграции в коллектив ровесников и в социальном развитии, в случае положительной динамики это становится предпосылкой его полноценной социальной интеграции.

• Для большей части детей с СДВГ характерны специфические нарушения развития школьных навыков, интеллектуальная недостаточность; важно своевременно их диагностировать с целью оптимизации учебной программы и выбора оптимального для развития ребенка учебного заведения.

• Личность учителя и характер его отношений с ребенком являются основой педагогического влияния. Иногда именно учитель играет определяющую роль в судьбе ребенка, помогая ему выбрать оптимальный путь развития и самореализации.

Тренинг социальных навыков и когнитивно-поведенческая психотерапия детей с СДВГ

Тренинг социальных навыков не относится к первоочередным мерам в случае детей с СДВГ, его эффективность при изолированном применении значительно ниже поведенческой терапии и/или психофармакотерапии. Учитывая этиопатогенез расстройства, мы не можем ожидать, что обучение детей с СДВГ определенным навыкам будет вести к качественному улучшению поведения, ведь, как уже упоминалось, проблема детей с СДВГ не в том, что они не знают, как нужно вести себя, а в том, что они не могут вести себя так. Однако тренинги социальных навыков являются важным дополнением к пакету терапевтических мероприятий, особенно для той группы детей, которые имеют выраженные социальные проблемы.

Как уже не раз упоминалось, многие дети с СДВГ испытывают проблемы в социальных отношениях, в частности с ровесниками. По данным исследований Barkley (1996. С. 540), 50–60 % детей испытывают отторжение со стороны ровесников и поэтому социально изолированы. Понятно, что выраженность проблем социальной изоляции у таких детей связана прежде всего с их импульсивным поведением и вторичным дефицитом коммуникативных и социальных навыков. Образуется своего рода замкнутый круг: социальные трудности ребенка с СДВГ ведут к его отторжению, ребенок теряет естественную среду, в которой есть возможность учиться и реализовывать социальные навыки, и это только углубляет дефицит последних. В конце концов единственной средой, которая принимает ребенка, может стать улица – отвергнутые дети, но там ребенок научится скорее навыкам антисоциальным… Социальная изоляция как правило приводит к вторичным проблемам: низкой самооценке, прогулам, тревожным расстройствам, депрессии, агрессивному и антисоциальному поведению.

Поэтому важнейшая задача – разорвать этот замкнутый круг, способствовать обучению основным социальным и другим жизненным навыкам, позитивному психологическому развитию и социальной интеграции детей. Именно поэтому групповые тренинги социальных навыков являются одной из наиболее распространенных форм работы с такими детьми. Их эффективность в уменьшении социальных проблем ребенка доказана рядом исследований (см. *Bloomquist,* 1996. С. 223–240),

анализу принципов и техник проведения тренинга посвящены пособия *(Bloomquist,* 1996; *Braswell, Bloomquist,* 1991; *Kendall, Braswell,* 1993). Однако важно понимать, что само обучение социальным навыкам малоэффективно. Необходимое условие продуктивности такой работы – привлечение родителей и педагогов к процессу переноса этих навыков в повседневную жизнь.

Использование групповой формы работы обусловлено прежде всего важностью получения ребенком позитивного социального опыта – не только в результате обучения социальным навыкам, но и за счет возможности их применения в естественной среде ровесников. Это необходимое условие их переноса в обычную среду жизни ребенка. Другим важным условием является привлечение родителей и учителей к процессу формирования и поощрения применения ребенком соответствующих навыков и помощь ему в построении социальных отношений. Один из них – целенаправленная работа педагогов по включению ребенка в коллектив одноклассников и развитию у него положительной самооценки и социальных навыков.

Чтобы тренинг был эффективным и осуществился перенос навыков в естественную среду, продолжительность занятий должна быть достаточно большой – 20–25 сессий и более, с частотой как минимум раз в неделю. Причем рекомендуется в дальнейшем проводить регулярные повторные встречи сначала раз в месяц, затем реже, а при возможности и повторные циклы уже на следующем возрастном этапе развития ребенка. Оптимальное количество участников группы – 6–8 детей. С бóльшим количеством детей проводить групповые занятия сложно. Продолжительность встречи – в пределах часа-полутора. Весьма желательно присутствие на занятии по меньшей мере двух специалистов, чтобы была возможность устанавливать поведенческие рамки и оперативно реагировать на поведенческие проблемы детей. Мы используем формат параллельных групп – для детей и их родителей с объединением в конце, а иногда и общими занятиями родителей и детей по улучшению общения в семье, решению проблем и другим темам. Что касается возрастного спектра группы, желательно, чтобы разница колебалась в пределах двух лет. Обычно тренинг социальных навыков проводят в возрастной категории от 7–8 лет и выше. Для детей дошкольного возраста обучение социальным навыкам происходит в контексте непосредственного взаимодействия в группе ровесников – в дошкольном учреждении, на игровой площадке, в группах игровой психотерапии и т. п.

Формат проведения занятий группы требует четкой

структуры, интерактивного стиля проведения с соблюдением базовых поведенческих рамок, позволяющих удержать поведение детей в пределах совместно установленных правил. Собственно, одна из главных целей группы – осознание важности правил в жизни коллектива и усовершенствование самоконтроля для их соблюдения. В начале занятий с каждой новой группой мы предлагаем детям самостоятельно определить правила группы, а затем коллективно их подписать. Мы также устанавливаем следствия соблюдения правил – разрешение по завершении занятия 10 минут провести в игровой комнате (это действительно ценное поощрение). В случае нарушения правил ребенок получает предупреждение – «желтую карточку» – и должен посидеть некоторое время на стуле. Наличие двух желтых карточек означает потерю возможности попасть сегодня в игровую комнату. Кроме того, мы привлекаем детей к активному участию в работе группы, в применении социальных навыков и т. п. с помощью наклеек-улыбок. Их количество «конвертируется» в дополнительное количество минут пребывания в игровой комнате и т. п.

На занятиях вводятся новые коммуникативные навыки, усвоение которых подкрепляется ролевыми играми и их применением во время сессии. Участники знакомятся с темой встречи и выполняют соответствующие задания (рисунки, анкеты, общие обсуждения, ролевые игры и т. п.) с целью ее прорабатывания. При этом во время работы группы максимально поддерживается дух сотрудничества, заботы друг о друге, взаимоуважения. Часто дети получают также домашние задания поэкспериментировать с воплощением полученных на занятии навыков в школе, семье и т. д. Много внимания уделяется также развитию детской креативности – широко используются элементы терапии творческими методами. Мы также предлагаем детям в процессе занятия создать спектакль о своей жизни и т. п. Цикл групповых встреч завершается большим семейным праздником, на который приглашаются родные, показывается спектакль, детям вручаются дипломы и т. д.

Ниже приведены основные темы, над которыми работает группа. На параллельном занятии с родителями проговариваются те же темы и вырабатываются стратегии помощи ребенку в овладении теми или другими навыками. Иногда значительная выраженность и неотложность проблем требуют проведения индивидуальной психотерапии с детьми и подростками – в этом случае, как правило, темы остаются теми же, но внимание больше сфокусировано на конкретных трудностях ребенка. Показанием для индивидуальной психотерапии может быть наличие у ребенка

эмоциональных расстройств, нарушений личностного развития, выраженной отрицательной самооценки.

Некоторые темы (решение проблем и конфликтов в семье, установление семейных правил и т. д). лучше всего прорабатывать в семейном формате – на занятии общей группы детей и родителей или во время сессии семейной психотерапии. Ниже приводятся перечень и краткое описание основных тем когнитивно-поведенческой терапии и тренинга социальных навыков детей с СДВГ, которые могут прорабатываться либо в групповом, либо в индивидуальном, либо в семейном формате.

Умение общаться. Сюда относится прежде всего тренинг коммуникативных навыков – от невербального взаимодействия, установления зрительного контакта, умения выслушивать, не перебивая, до умения ясно высказываться, устанавливать обратную связь и т. д. Тренинг обычно проходит в формате ролевых интерактивных игр с дальнейшим поощрением применения приобретенных навыков. Мы используем также метод интерактивного видеотренинга с записью фрагментов общения, их повторным просмотром и анализом совместно с детьми и родителями.

Умение строить отношения. Это продолжение предыдущей темы с более выраженным акцентом на том, что такое дружба, каковы настоящие друзья, как отличить друзей от тех, кто тебя использует, как научиться быть другом, как строится дружба и т. д.

Умение решать конфликты. Детям важно понимать, что конфликты являются частью любых отношений, а потому нужно уметь их решать таким образом, чтобы строить отношения, а не разрушать. Поэтому обращается специальное внимание на формирование навыков умения выяснять конфликтные ситуации, отстаивать себя, будучи вместе с тем открытым к пониманию позиции других, высказывать необидным образом свои негативные эмоции, правильно «выходить» из обид, принимать критику, понимать других, прощать…

Развитие других социальных навыков. Сюда относится умение договариваться, работать в команде, решать противоречивые, проблемные ситуации путем поиска оптимальных для всех решений; осознание важности правил, умение делиться, соблюдать очередь, заботиться друг о друге, болеть друг за друга, оказывать поддержку, сочувствие и т. д. В зависимости от возраста и индивидуальных особенностей детей этот перечень может меняться, адаптироваться, могут появляться новые акценты. Большинство этих навыков внедряется в жизнь группы «тихо», между прочим, путем создания возможностей для

естественного их выявления, моделирования…

Развитие эмпатии, понимания других. Для каждого ребенка (да и взрослого человека) очень важно умение понимать, ощущать мир с позиции другого человека, сочувствовать, не осуждать, принимать других с их отличиями и т. д. Детям можно предлагать разные ролевые игры и упражнения на «смену перспективы», а также сказки, истории, фильмы с дальнейшим анализом, обсуждением и т. п.

Многим детям с СДВГ, проявляющим агрессивное поведение, присуща склонность приписывать враждебные намерения действиям другого лица, что становится предпосылкой ответной агрессии. Поэтому следует помочь детям научиться различать, что делается умышленно, а что нет, и понимать, что за теми или другими поступками могут стоять разные мотивы. Целью тренинга является развитие толерантности, уменьшение склонности к осуждению других и категоричности в восприятии людей. Немало детей с агрессивным поведением воспринимают мир словно из военного бункера – изоляция, тенденциозно враждебное восприятие других, категоричные осуждающие оценки всех их действий и намерений ведут лишь к нарастанию взаимной враждебности, к настоящим маленьким и большим войнам… Поэтому данный аспект работы кажется нам особенно важным.

Умение решать проблемы. Многие дети с СДВГ действуют в проблемных ситуациях импульсивно, необдуманно. Поэтому для них очень важен анализ проблемных ситуаций, целью которого является выработка альтернативных их обычным импульсивным реакциям методов решения проблем. Например, на групповом занятии или при индивидуальной терапии может рассматриваться ситуация, когда на уроке кто-то бросает в тебя бумажки. Группа может предложить разные варианты действий в ответ. Каждый вариант совместно анализируется на предмет его положительных и отрицательных сторон, близких и отдаленных следствий. Группа может выбрать наиболее адаптивный, по мнению большинства, вариант реакции – например, игнорировать. Целесообразно провести соответствующую ролевую игру – посмотреть, срабатывает ли это. Если возникает желание встать и дать сдачи – можно попробовать выработать вспомогательную стратегию – например, повторять про себя: «спокойно» (10 раз) и т. п. На основе такого примера дети учатся применять принцип «остановись – подумай – действуй» и вырабатывают навыки решения проблем. Обычно детям также раздают материалы для того, чтобы они попрактиковались дома (соответствующая форма есть и для родителей – см. Приложение

3). При следующей встрече результаты выполнения домашнего задания обсуждаются, выясняется, что было сделано успешно, что вызвало трудности. Соответственно формируется список новых проблем и применяется такая же последовательность действий.

Контроль агрессии. Для детей и подростков с агрессивным поведением это чрезвычайно важная тема. Когнитивно-поведенческая терапия – эффективный метод формирования контроля агрессии. Основные шаги к искусству «управления» злостью включают психологическое просвещение, помощь в осознании последствий агрессивного поведения, усиление мотивации к развитию самоконтроля, анализ «пусковых» механизмов и более адекватных способов решения проблемы, выработку стратегий и обучение техникам контроля над злостью (например, избегание ситуации, вербальные самоинструкции, дыхательные техники и т. п.). Важную роль играют также техники когнитивной терапии, которые помогают более адекватно воспринимать ситуацию, лучше понимать мотивы других людей, а также методы десенсибилизации к основным «триггерам» («спусковым крючкам»), например, обидным словам и т. п.

Ассертивность, умение противостоять негативному давлению группы. Многие дети с СДВГ, как уже упоминалось, легко подвергаются влиянию, манипуляции, их легко спровоцировать на негативные поступки. И наша задача – помочь детям научиться оценивать ситуацию, различать доброжелательные и манипулятивные намерения других и соответственно уметь противостоять последним. Развитие ассертивности не менее важно, поскольку умение твердо и вместе с тем доброжелательно отстаивать себя и защищать других является альтернативой агрессивному поведению. Важно помочь детям понять, что альтернатива агрессии – не слабость, а сила справедливости и добра. Конечно, нужно не просто говорить об этом, а давать детям возможность экспериментировать путем драматизаций, ролевых игр и др., чтобы, наконец, они смогли перенести эти новые образцы поведения в повседневную жизнь.

Самопонимание. Положительная самооценка. Умение справляться с отрицательными мыслями и т. д. Важно помогать детям воспринимать себя позитивно, без идеализации или самообесценивания, осознавать свои сильные стороны, способности, но также и ограничения, и в частности СДВГ, психологические трудности и задачи взросления. Ребенок также нуждается в просвещении, но не только относительно СДВГ, а в более широком контексте, включающем также вопросы психогигиены, понимания себя, самопомощи при разных проблемах, стрессе и т. п.

Старших детей можно учить и более сложным техникам когнитивной психотерапии, которые обычно используются в работе со взрослыми. Это прежде всего умение обнаруживать негативные, «вредные» мысли («я – ни на что не способный неудачник» и т. п.), анализировать их и противостоять им с помощью позитивного переформулирования («да, я допустил ошибку, но могу ее исправить; ошибаются все, это не значит, что я неудачник» и т. п.). Таким образом, дети не только учатся основным техникам психогигиены, у них вырабатывается здоровая защита от негативного восприятия другими, поддерживается адекватная самооценка. Как уже упоминалось, при появлении вторичных эмоциональных расстройств, нарушении личностного развития ребенку показана индивидуальная когнитивная психотерапия, в ходе которой он будет «освобождаться» от власти негативных мыслей, убеждений и склонности искаженно, тенденциозно воспринимать действительность и стереотипно, неадекватно отвечать на разные жизненные ситуации.

Эмоциональная компетентность. Помощь в развитии эмоциональной компетентности особенно полезна детям с СДВГ. Важно развивать у них способность распознавать и называть свои чувства, понимать их природу, их возможное влияние на мысли и поступки; учить их выражать чувства подобающим образом, а при необходимости дистанцироваться от них, успокаиваться и т. п.

Самоорганизация. Важно также помогать ребенку осознать его проблемы с самоорганизацией и, в частности, вырабатывать адаптивные стратегии, помогающие (например, с помощью внешних напоминаний, самоинструкций) противостоять соблазну отвлекаться, откладывать на потом, бросать незаконченное дело, а также планировать время, создавать систему «предохранителей» в форме списков-напоминаний, таймеров, схем-инструкций и т. д.

Моральное развитие. Нельзя оставить без внимания и важность содействия здоровому моральному развитию ребенка, формированию у него этических ценностей, альтруизма. Конечно, это серьезная задача, и она реализуется всеми, кто находится рядом с ребенком.

Все вышеупомянутые задачи и темы являются основой полноценного психологического развития ребенка, предпосылкой его психического и социального здоровья. Работа над ними не только способствует решению существующих проблем, но в значительной мере готовит ребенка к встрече с будущими проблемами, трудностями, жизненными испытаниями. Безусловно, такие навыки не формируются за один цикл групповых тренингов, это навыки, которые подлежат постоянному

развитию в повседневной жизни ребенка. Поэтому чрезвычайно важно работать не только с детьми, но и с родителями. Не меньшая роль принадлежит и педагогам, учителям ребенка. При этом необходимо помнить, что основой формирования социальных навыков является моделирование, а потому взрослые должны служить образцом для ребенка. Родителям также нужно понимать, что ребенка важно окружить положительными моделями (как в реальной жизни, так и в «виртуальной» – на телеэкране, в компьютере и т. п.), а потому нужно очень внимательно относиться к реальной или виртуальной «среде обитания» ребенка, помогать ему при необходимости найти оптимальную среду (например, кружки, секции, детские организации; выбор соответствующих фильмов, телепередач, книг и т. п.).

За рубежом распространена практика тренинга социальных навыков в виде коротких интенсивных марафонов (летних лагерей и т. п.). К организации таких лагерей интенсивно привлекаются разные общественные организации, волонтеры из среды молодежи, студентов. Надеемся, что такая практика придет и в Украину, станет признаком все большего оздоровления общества, ведь действительно здоровое общество – не то, что строится по принципу осуждения и маргинализации, отторжения определенных категорий людей, а то, в котором признается достоинство и важность каждой личности; это общество взаимопомощи.

Выводы

• Развитие социальных навыков, успешная интеграция ребенка с СДВГ в коллектив ровесников являются важной предпосылкой его будущего социального и психического здоровья.

• Тренинги социальных навыков – эффективная форма помощи детям с СДВГ.

• Эффективность тренингов максимальна в том случае, когда специалисты активно привлекают к обучению детей социальным навыкам родителей и педагогов.

• Детям с СДВГ, имеющим вторичные эмоциональные расстройства, нарушения личностного развития, рекомендуется индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия.

• Кроме базовых социальных навыков дети с СДВГ нуждаются в помощи в овладении целым рядом других важных умений – решения проблем, контроля агрессии, самоорганизации и т. д. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии являются основой обучения этим навыкам.

Психофармакотерапия СДВГ [11]

Психофармакотерапия при СДВГ остается одним из наиболее противоречивых вопросов несмотря на то, что является одним из наиболее исследованных, и большинство «мифов», касающихся применения лекарственных средств, легко опровергаются с помощью исследований. Мы не приводим детального анализа результатов исследований, поскольку это отдельная большая работа, которая выходит за рамки данного руководства. Однако все рекомендации приводятся на основе утвержденных протоколов психофармакотерапии Европейской и Американской ассоциаций детской и подростковой психиатрии, Американской ассоциации педиатрии. Эти протоколы составлены в результате анализа доказательств эффективности тех или других препаратов, применяемых при лечении СДВГ. Наличие доказательной базы – обязательное требование современных подходов в психофармакотерапии психических расстройств. Эффективность и безопасность препарата должна быть доказана в результате экспериментальных исследований с наличием контрольной группы для сравнения, применения плацебо с целью исключения плацебо-эффекта и субъективности в оценке динамики симптомов. При такой схеме исследования учителя и родители, оценивающие изменения в поведении ребенка, не знают, принимает ребенок изучаемый препарат или нет, а если принимает, то – плацебо это или психофармакологическое средство. Такие строгие требования обусловлены необходимостью реально понять, безопасен ли определенный препарат, помогает он или нет, а если помогает, то за счет чего: плацебо-эффекта, или собственно фармакодинамических свойств препарата. На основе данных таких исследований специалисты и родители могут делать вывод о целесообразности применения психофармакотерапии. А при СДВГ этот вопрос особенно важен, так как речь идет преимущественно о продолжительной психофармакотерапии; имеет значение не только финансовый аспект – трата средств на препараты, которые не помогают, но и возможные риски, связанные с побочным действием лекарств при длительном их применении и др. Именно поэтому в современной детской психиатрии делается такой большой упор на назначение только тех препаратов (причем по строго определенным алгоритмам), эффективность и безопасность которых доказаны.

К сожалению, в Украине принципы доказательной медицины еще только внедряются и эффективность большинства медикаментозных препаратов, применяемых в отечественной

практике при лечении детей с СДВГ (прежде всего это седативные, ноотропные и нейрометаболические средства), научно не доказана. По крайней мере автор не нашел ссылок на эти препараты ни в одном из современных терапевтических протоколов и авторитетных учебников по педиатрической психофармакотерапии *(Bezchlibnyk-Butler, Virani,* 2004; *Kutcher,* 2002; *Green,* 2007), ориентированных на принципы доказательной медицины. То же касается и конвенционных нейролептиков, широко применяемых в Украине, при том что их вообще не рекомендуется применять при СДВГ, поскольку они имеют побочные действия: «Риск, связанный с применением нейролептиков, обычно значительно превышает их возможную пользу» *(Goldstein, Goldstein,* 1998. С. 664). И в то же время до сих пор отсутствуют психостимуляторы – наиболее эффективные при СДВГ препараты, которые за границей применяются уже на протяжении шести десятилетий, и их эффективность и безопасность доказана большим количеством исследований. Недоступен в Украине и другой, более современный препарат первого выбора[12] – атомоксетин.

Подчеркнем, что в этой главе представлен лишь сжатый обзор основных положений психофармакотерапии СДВГ. Проведение медикаментозной терапии поведенческих расстройств требует соблюдения всех современных принципов ее применения в детском возрасте, которые детально описаны в базовых учебниках по детской психофармакотерапии и специализированных руководствах по лечению СДВГ *(Bezchlibnyk-Butler, Virani,* 2004; *Kutcher,* 2002; AACAP, 1997, 2002; *Banashevski, Coghill, Santosh* et al, 2004; *Taylor, Doepfner M, Sergeant* et al, 2004; *Goldstein, Goldstein,* 1998; *Barkley,* 1996; *Green,* 2007).

Психофармакотерапия СДВГ – единственный метод лечения, который напрямую действует на причины расстройства и уменьшает его симптомы путем повышения концентрации нейромедиаторов норадреналина и дофамина в центральной нервной системе, что улучшает функционирование лобной коры. Согласно современным данным об этиологии СДВГ, эффективны лишь те препараты, которые регулируют активность этих нейромедиаторов.

Эффективность проявляется в уменьшении импульсивности, гиперактивности детей, улучшении концентрации внимания, регуляции эмоций. Наблюдается снижение признаков других патогенетических дефицитов, а также вторичных следствий расстройства в основных сферах жизни ребенка. Таким образом, психофармакотерапия способствует уменьшению поведенческих и социальных проблем в семье и школе, улучшению успеваемости.

Вследствие этого улучшается функционирование ребенка (а также подростков и взрослых с СДВГ) во всех сферах жизни. Очевидно, что, улучшая исполнительные функции, медикаменты не влияют напрямую на среду, а потому отнюдь не заменяют необходимых психосоциальных вмешательств, особенно в случаях дисфункциональности социальной среды. Поэтому очень важно понимать, что в случаях, когда показана психофармакотерапия, она должна проводиться в комплексе с остальными видами помощи семье – психологическим просвещением родителей и учителей, мероприятиями в школе и т. п., но не изолированно.

Психофармакотерапия при СДВГ носит заместительный характер – она компенсирует сниженную концентрацию дофамина и норадреналина в нервных синапсах фронтальной коры головного мозга. Лекарственная терапия дает эффект лишь во время ее использования, она ***не вылечивает,*** а только ***нормализует*** активность нейромедиаторов (так же, как компенсаторное введение инсулина при сахарном диабете не ликвидирует болезнь, а нормализует обмен веществ). Это не означает, что медикаментозное лечение должно быть пожизненным, – с биологическим созреванием центральной нервной системы выраженность симптомов расстройства уменьшается. Кроме того, эффект дают и психосоциальные вмешательства. Поэтому целесообразность продолжения приема лекарств необходимо регулярно пересматривать: временно отменять препараты и наблюдать за поведением ребенка в соответствующий период. Иногда, несмотря на наличие симптомов СДВГ, обусловленные ими проблемы и нарушения не настолько значительны, чтобы продолжать психофармакотерапию. Однако в ряде случаев необходимо длительное, многолетнее проведение медикаментозной терапии.

Показания к психофармакотерапии при СДВГ

Важно осознавать, что диагноз СДВГ сам по себе не является показанием к психофармакотерапии. Согласно современным протоколам медикаментозное лечение рекомендуется в следующих случаях:

1. В школьном возрасте (включая и подростков с СДВГ) психофармакотерапия показана при формах СДВГ умеренной и выраженной степени тяжести со значительными вторичными нарушениями функционирования – она может применяться как единственный метод терапии или же комбинированно с поведенческой терапией и другими психосоциальными вмешательствами (комбинированная терапия особенно важна в

случаях сопутствующей семейной дисфункции и наличия коморбидных расстройств у ребенка), или же при легких формах после осуществления поведенческих вмешательств при их недостаточной эффективности.

2. Психофармакотерапия не показана в дошкольном возрасте (3–6 лет) за исключением тех случаев, когда выраженность симптомов СДВГ создает серьезные проблемы и препятствует нормальному развитию ребенка, его социальной адаптации и т. д. Тогда медикаменты применяются после проведения комплекса психосоциальных вмешательств, включая поведенческую терапию при недостаточной эффективности последних.

Окончательное решение о применении психофармакотерапии принимают родители. Часто они с предубеждением относятся к лекарственной терапии и отказываются от нее. В этих случаях важно просвещение родителей, предоставление им информации «за и против». Если родители отказываются, вопреки тому что имеются показания к назначению лекарств, важно уважать их решение и предложить пакет психосоциальных вмешательств, а если эффект последних окажется недостаточным, возвратиться к вопросу назначения лекарств.

Основные препараты для лечения СДВГ

С учетом силы эффекта, безопасности и выраженности побочных действий все препараты можно разделить на несколько групп:

1. ***Препараты первого выбора,*** рекомендованные как наиболее эффективные и безопасные. К ним относятся психостимуляторы и атомоксетин.

2. ***Препараты второго выбора*** – лекарства, эффективность которых тоже довольно высока, однако установлена лишь частично, или же «профиль» симптомов побочного действия препарата менее благоприятен. К этой группе относятся прежде всего трициклические антидепрессанты (в частности имипрамин), антидепрессант велбутрин, агонисты центральных альфа2-адренорецепторов клонидин и гуанфацин.

3. ***Препараты третьего выбора*** – лекарства, эффективность которых установлена лишь частично, находятся в процессе исследования, или же профиль побочного действия этих препаратов делает менее безопасным их применение. Они могут применяться для лечения СДВГ, сопровождаемого определенными сопутствующими расстройствами, а также в случаях непереносимости либо неэффективности препаратов предыдущих групп. К препаратам третьего выбора относятся ингибиторы

моноаминооксидазы, венлафаксин, буспирон, карбамазепин, рисперидон и некоторые другие. Распространенная в Украине практика применения конвенционных нейролептиков (например сонапакса) у детей с СДВГ не считается целесообразной, более того, она указана в протоколах как нежелательная ***(Barkley,*** 2006. С. 672).

Современные протоколы психофармакотерапии при СДВГ ***(Pliszka, Hughes, Corners*** et al., 2006; AACAP, 2007) включают лишь препараты первого и второго выбора. Начинать следует с психостимуляторов как наиболее эффективных на сегодняшний день препаратов (они уменьшают симптомы СДВГ на 90 %; 70 % детей чувствительны к терапевтическому действию психостимуляторов метилфенидата, амфетаминов, и до 85 % при поочередной пробе обоих препаратов). Рекомендуется начинать с метилфенидата либо с амфетамина (первая стадия), при неэффективности одного из них на второй стадии испытать тот, который не применяли в начале. При неэффективности обоих на третьей стадии предлагается применение атомоксетина (60 % снижение симптомов СДВГ; 60 % детей чувствительны к терапевтическому действию; 40 % тех детей, которые не реагируют на психостимуляторы, дают положительный результат на атомоксетин).

Протокол психофармакотерапии СДВГ

(по Pliszka, Hughes, Corners et al., 2006)

1-я стадия: психостимуляторы – метилфенидат или амфетамины

2-я стадия: тот из препаратов, который не применялся на 1-й стадии

3-я стадия: атомоксетин

3-А стадия: атомоксетин + психостимуляторы

4-я стадия: трициклические антидепрессанты или велбутрин

5-я стадия: тот антидепрессант, который не применялся на 4-й стадии

Атомоксетин может применяться и как стартовый – в частности, при сопутствующих тиках, тревожных расстройствах, рискованных злоупотреблениях психостимуляторами и др.

При частичном эффекте стимуляторов/атомоксетина предлагается комбинированное применение этих препаратов (стадия 3-А), хотя сейчас такая практика мало распространена и нет достаточного количества данных о ее безопасности и эффективности.

При неэффективности обеих групп препаратов первого

выбора предлагается переход на четвертую стадию, на которой рекомендуется применять один из антидепрессантов из группы трициклических (например имипрамин) или велбутрин. При недостаточном или отсутствующем эффекте на 5 стадии предлагается ввести тот из антидепрессантов, который не применялся на 4 стадии. И при неэффективности этих стратегий на шестой стадии предлагается применение альфа-агонистов (клонидин или гуанфацин). Первоочередной выбор антидепрессантов перед альфа-агонистами связан с их несколько более высокой эффективностью (70 % редукции симптомов СДВГ по сравнению с не более чем 50 % у альфа-агонистов). Тем не менее в клинических ситуациях, по нашему мнению, альфа-агонисты (в частности гуанфацин) могут быть применены и перед антидепрессантами в силу их большей безопасности (трициклики имеют риск кардиотоксичности, а велбутрин в Украине доступен лишь в формах, предназначенных для взрослых) и более благоприятного профиля симптомов побочного действия, а также и в силу их возможной эффективности относительно коморбидных расстройств (в частности, альфа-агонисты эффективны при тиках, тревожных расстройствах, агрессивном поведении). При неэффективности всех препаратов первого и второго выбора рекомендуется консилиум с целью принятия решения о выборе стратегии дальнейшего лечения.

Принципы психофармакотерапии СДВГ

1. Психофармакотерапия должна осуществляться в контексте партнерских отношений врач – родители, необходимо просвещение родителей, окончательное решение принимается именно ими на основе всей информации «за и против».

2. Психофармакотерапия должна применяться по показаниям согласно современным протоколам, разработанным на основе данных доказательной медицины.

3. Психофармакотерапия должна применяться в контексте психосоциальных вмешательств, а не изолированно как единственное средство помощи.

4. Обязательное условие проведения психофармакотерапии – информированность родителей и ребенка относительно механизма действия лекарства, ожидаемого результата, возможных побочных эффектов и т. п.

5. Психофармакотерапия должна учитывать индивидуальные особенности ребенка, наличие

противопоказаний, коморбидных расстройств и т. д.

6. Чтобы психофармакотерапия была эффективной, необходимо принимать лекарства с учетом рекомендуемых доз, режима и продолжительности приема и т. п.

7. Психофармакотерапия должна сопровождаться адекватной оценкой ее эффективности и безопасности. При необходимости может быть произведена отмена либо замена препарата, изменена доза и т. п.

8. В ходе психофармакотерапии необходимо отслеживать возможные побочные действия лекарства и корректировать дозы, режим приема и пр. с целью минимизации побочных эффектов.

9. Решение о продолжительности и необходимости прекращения либо продолжения психофармакотерапии должно регулярно пересматриваться.

10. В случае отсутствия значительных проблем вне школы на время каникул можно устраивать временные «каникулы» и в медикаментозной терапии. С началом нового учебного года можно некоторое время понаблюдать, насколько выражены проблемы ребенка в школе, и тогда принимать решение о необходимости продолжения лечения.

Психостимуляторы

Психостимуляторы – препараты первого выбора при лечении СДВГ, они уже шесть десятилетий эффективно применяются для лечения этого расстройства. Свыше 200 исследований однозначно подтвердили их безопасность и эффективность (см. обзор в ***Taylor, Doep-fner, Sergeant*** et al., 2004; ***Kutcher,*** 2002). Это наиболее употребляемые в детской психиатрии медикаменты.

Механизм действия психостимуляторов состоит в блокировании обратного захвата катехоламинов пресинаптическими нервными окончаниями (путем блокирования белка-транспортера). Вследствие этого повышается концентрация как норадреналина, так и дофамина в синаптической щели. Кроме того, один из подвидов психостимуляторов – амфетамины – стимулирует высвобождение дофамина из пресинаптических везикул, таким образом, дополнительно увеличивая концентрацию последнего в синаптической щели. Некоторые различия в механизме действия подвидов психостимуляторов объясняет тот факт, что в случаях резистентности к одному

подклассу возможна терапевтическая реакция на другой. Именно поэтому рекомендуется при неэффективности метилфенидата или амфетаминов, прежде чем переходить на другой класс лекарств, попробовать тот из психостимуляторов, который не использовался прежде.

По фармакокинетическим свойствам большинство психостимуляторов являются лекарствами, которые быстро адсорбируются, они начинают действовать уже через 20–30 минут с пиком эффекта через 1–2 часа с момента приема и прекращением действия через 3–4 часа. Такие свойства обусловливают необходимость двух-, трехкратного приема в день, что создает значительные неудобства – ведь обеспечить прием препарата в школе сложно организационно, а кроме того, необходимость принимать лекарство может стать основанием для стигматизации детей. Именно такие трудности обусловили появление современных препаратов длительного действия, предусматривающие однократный прием препарата утром. На данный момент применение длительно действующих препаратов стало стандартом фармакотерапии СДВГ. К ним относится, в частности, и Concerts, которая содержит метилфенидат и с помощью специального механизма осмотического высвобождения обеспечивает равномерную концентрацию метилфенидата в плазме на протяжении 12 часов. Это позволяет эффективно контролировать симптомы СДВГ как во время обучения в школе, так и в вечернее время дома. Равномерность концентрации предотвращает возможные «прыжки» концентрации лекарства, что часто имеет место при приеме форм кратковременного действия и приводит к колебаниям симптомов СДВГ на протяжении дня. Постепенное, плавное высвобождение метилфенидата уменьшает также проявление симптомов побочного действия, и в целом переносимость психостимуляторов длительного действия лучше – только 1 % детей, принимавших препарат, перестали принимать его в связи с симптомами побочного действия (по сравнению с 3 % у детей, которые принимали формы быстрого действия). Разработана также форма замедленного высвобождения для подвида амфетаминов – Adderall XR.

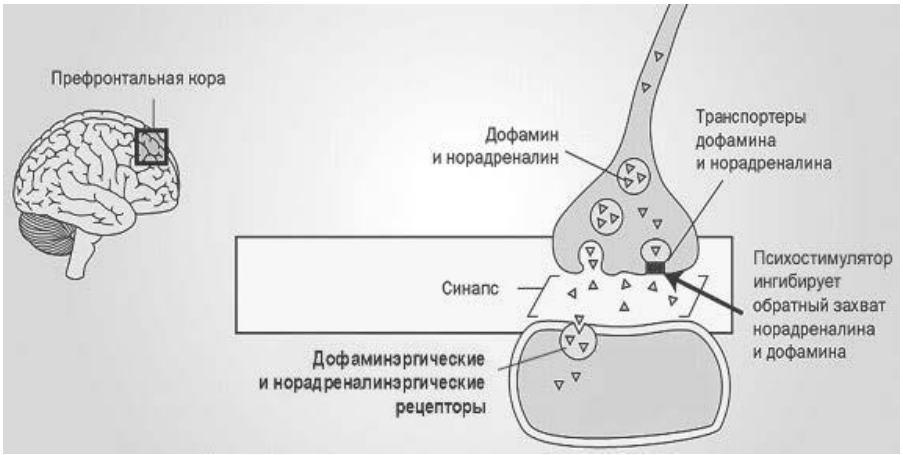


Рис. 2. Механизм действия психостимуляторов

Высокая эффективность психостимуляторов объясняется тем, что их непосредственное фармакодинамичес-кое действие связано с коррекцией обмена дофамина и норадреналина в головном мозге, нарушение которого является доказанным патогенетическим фактором в происхождении симптомов СДВГ. Исследования показали (см. обзор у ***Barkley,*** 2006. С. 615–617), что психостимуляторы дают следующий терапевтический эффект:

• Они уменьшают симптомы СДВГ (импульсивность, невнимательность, гиперактивность), что ведет к улучшению поведения ребенка как дома, так и в школе.

• Как следствие – улучшается взаимодействие между родителями и ребенком, уменьшается уровень конфликтов, оппозиционного поведения.

• Улучшается поведение ребенка в школе, уменьшаются учебные проблемы, связанные с невнимательностью, повышается продуктивность учебной деятельности.

• Уменьшение симптомов СДВГ ведет к улучшению социального взаимодействия ребенка с ровесниками, родителями и учителями.

• Психостимуляторы снижают уровень импульсивной агрессии у детей с СДВГ, уменьшают склонность к эмоциональным взрывам. Как следствие, уменьшается частота конфликтов между детьми и их социальным окружением.

Психостимуляторы эффективны не только в группе детей школьного возраста, но и среди подростков и взрослых с СДВГ. Они эффективны и в дошкольном возрасте (3–6 лет), но чувствительность дошкольников к их терапевтическому действию несколько ниже, а симптомы побочного действия наблюдаются

несколько чаще. Терапевтическая доза для дошкольников обычно значительно ниже, чем для школьников (0,25—0,7 мг/кг/сутки для дошкольников в сравнении с 0,5–2 мг/кг/сутки для школьников). Психостимуляторы с успехом применяются и для уменьшения симптомов СДВГ у детей с интеллектуальной недостаточностью легкой степени. При более выраженных степенях умственной отсталости они малоэффективны и могут наоборот усиливать дезорганизацию поведения. Эффективность психостимуляторов ниже, а частота побочных действий выше и в группе детей с расстройствами спектра аутизма, поэтому в подобных случаях следует назначать препараты с особой осторожностью. У детей и подростков с психотическими расстройствами, а также биполярным расстройством психостимуляторы могут спровоцировать психотический эпизод или эпизод мании – поэтому детям этой группы они противопоказаны. Детям и подросткам с коморбидным СДВГ и биполярным расстройством назначать психостимуляторы можно лишь после медикаментозной стабилизации биполярного расстройства на препаратах нормотимного действия (вальпроаты, литий, карбамазепин, атипичные нейролептики и др.).

Несмотря на то, что психостимулянты являются безопасным и эффективным лекарством, вокруг них существует множество мифов и контраверсийных взглядов.

Основные мифы о психостимуляторах

1. *Психостимуляторы являются наркотиками, вызывают у ребенка «наркотическое» состояние, приводят к зависимости.* В действительности психостимуляторы могут быть использованы подростками и взрослыми в высоких дозах (в несколько раз превышающих терапевтические для детей) с целью достижения состояния «эйфории». Однако детям для лечения СДВГ назначают небольшие дозы, которые не приводят к такому состоянию. Только у незначительной части детей при применении более высоких доз может наблюдаться эйфорическое состояние, но это случается редко и корректируется снижением дозы. Люнгитюдные исследования (см. обзор в *Taylor, Doepfner, Sergeant*et al., 2004) опровергли миф о том, что дети, принимающие психостимуляторы, вырастут наркоманами, – напротив, они имеют меньшую степень риска употребления психоактивных веществ в подростковом и зрелом возрасте, чем дети с СДВГ, которые не принимали психостимуляторов.

2. *Психостимуляторы – опасные лекарства.* В целом психостимуляторы – довольно безопасные медикаменты. Возможное побочное действие проявляется «доброкачественными» симптомами (нарушение сна, аппетита и др.), не представляющими угрозы ни жизни ребенка, ни его развитию или здоровью. Психостимуляторы, которые могут вызвать более серьезные осложнения (пемолин повышает риск гепатонекроза), на данный момент не применяются в практике и изъяты с рынка. Психостимуляторы (в частности, амфетамины) несут риск серьезных осложнений у пациентов со структурными сердечными изменениями, поэтому сердечные заболевания являются противопоказанием к их применению. Что касается здоровых детей и подростков, то их сердечно-сосудистой системе психостимуляторы не вредят.

3. *Побочное действие психостимулянтов перевешивает пользу от их применения.* Прежде всего важно отметить, что применение любого лекарства у некоторых детей может сопровождаться побочными симптомами. Если они выражены, служат причиной значительного дискомфорта, который не снижается, например, коррекцией дозы, то медикамент отменяется. Впрочем, полная непереносимость психостимуляторов встречается очень редко (1–3 %). А большинство симптомов побочного действия корректируется путем подбора оптимальной дозы. Риск возникновения побочного действия выше у детей, имеющих противопоказания к назначению психостимуляторов, – а потому, назначая лекарство, необходимо учитывать эти факторы, осуществлять тщательный мониторинг возможных симптомов побочного действия и применять методы их коррекции.

4. *Психостимуляторы приводят к нарушению физического развития (рост, вес).* Действительно, длительное применение может несколько замедлять рост ребенка во время приема лекарства, но в целом исследования показали (см. обзор в *Kutcher,* 2002), что их влияние на рост ребенка незначительно, а тем детям, чье отставание в росте более выражено, необходимо устраивать «медикаментозные каникулы» или же переходить на другой препарат.

5. *Психостимуляторы не решают проблем ребенка, нужно его правильно воспитывать, а не лекарства*

давать. Психостимуляторы никогда не следует применять отдельно от психосоциальных мер, признание необходимости их приема отнюдь не обесценивает важности других вмешательств. Прием лекарств – дополнение к психосоциальным программам помощи в тех случаях, когда значительная выраженность симптомов СДВГ не позволяет в достаточной мере помочь ребенку в разных сферах жизни, а потому оказываются под угрозой его учеба, общение со сверстниками и взрослыми и т. д.

Основные симптомы побочного действия психостимуляторов – снижение аппетита (для минимизации этого эффекта рекомендуется принимать их после еды), ощущение дурноты и боли в животе, раздражительность и нарушения сна в виде трудностей с засыпанием (соответственно рекомендуют последнюю дозу препаратов кратковременного действия давать не позднее 14:00–15:00). Более редкие симптомы побочного действия – выраженная тревога, беспокойство, эйфория, депрессивное настроение, эмоциональная заторможенность (состояние «зомби») – могут быть причиной отмены препаратов (в клинической практике это встречается очень редко: у 1–3 % детей). С отменой психостимуляторов эти симптомы полностью исчезают. При длительном применении психостимуляторы могут незначительно замедлять рост и прирост массы тела – поэтому в этих случаях необходимо тщательно следить за ростом и весом ребенка.

Применение лекарств этой группы может также сопровождаться незначительным повышением пульса и артериального давления. Как уже упоминалось, они противопоказаны при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Также условными противопоказаниями являются выраженные тики и синдром Жилля де ля Туретта (или генетическая склонность к этому расстройству) – в 30 % психостимуляторы способствуют усилению тиков. Описаны редчайшие (до 1 %) побочные действия при применении высоких доз в форме психотических реакций, которые полностью проходили при отмене препарата.

Единственный психостимулятор, имеющий риск гепатотоксичности у детей – это пемолин (Pemoline), который на данный момент изъят с рынка. Психостимуляторы противопоказаны лицам, страдающим аллергией на эти препараты, глаукомой, а также принимавшим на протяжении последних 14 дней ингибиторы МАО.

В целом, как уже отмечалось, эффективность психостимуляторов очень высока. При неэффективности одного вида рекомендуется перейти на другой. И только при двух неэффективных попытках – на препарат другой группы. При их отмене после продолжительного применения необходимо снижать дозу постепенно, чтобы избежать возможных реакций (бессонницы, дисфории, усиления симптомов СДВГ).

При назначении психостимуляторов важно предупредить родителей и ребенка, что подбор дозы будет длиться около месяца, и понадобятся регулярные еженедельные визиты. После подбора эффективной дозы будут проводиться ежемесячные встречи для мониторинга эффективности и симптомов побочного действия.

Если раньше психостимуляторы в основном назначали лишь на те дни, когда ребенок ходил в школу, а на выходные и каникулы препарат отменяли, то сейчас рекомендуется в случае выраженных нарушений и поведенческих проблем вне школы продолжать прием препарата постоянно. Каждый год важно пересматривать решение о необходимости дальнейшего приема назначенных лекарств. Для этого можно отменить их на некоторое время и понаблюдать, как ребенок обходится без них. Иногда, особенно при тяжелых формах СДВГ, прием психостимуляторов показан на протяжении нескольких лет, включая и подростковый возраст, а при выраженных трудностях у взрослых – и в зрелом возрасте.

По мере роста ребенка и увеличения массы его тела необходимо регулярно повышать дозы. При развитии симптомов побочного действия дозы следует корректировать. Так, нарушение аппетита можно корректировать назначением лекарств после еды, переносом большей части дневного рациона на вечер, когда действие препаратов отсутствует. Такая стратегия «усиленных ужинов» может предупреждать и проблемы с уменьшением веса или замедлением его прибавления. Бессонницу можно корректировать, сдвинув прием лекарства на более раннее время или – при выраженных проблемах с засыпанием – назначая на ночь препараты со снотворным эффектом – мелатонин, клонидин/гуанфацин, митразапин, противогистаминные препараты. Если наблюдается значительное отставание в росте, можно рекомендовать на какое-то время отменить стимуляторы или же перейти на препараты другой группы. Переход на препарат другой группы (в частности атомоксетин) показан и при наличии других выраженных симптомов побочного действия, которые доставляют пациенту значительный дискомфорт и не корректируются путем регуляции

дозы или другим способом. Для детей с тиками, которым психостимуляторы противопоказаны, альтернативой может быть назначение атомоксетина, альфа-агонистов, имипрамина. В отдельных случаях, когда другие препараты неэффективны и не снижают симптомов СДВГ, а тики выражены незначительно, допускается комбинированное назначение психостимуляторов и альфа-агонистов. Следует придерживаться большой осторожности при назначении психостимуляторов детям с судорогами – их нужно назначать лишь при обеспечении контроля над судорогами с помощью антиконвульсантов.

При приеме психостимуляторов иногда наблюдается синдром «отдачи» – усиление симптомов СДВГ в вечернее время, когда концентрация препарата в плазме падает. В таких случаях можно пробовать корректировать режим дозирования, а если синдром отдачи особенно выражен, переходить на другие препараты (в частности, атомоксетин).

Атомоксетин (Strattera)

Это новейший препарат, разработанный исключительно для лечения СДВГ, причем первый препарат, официально утвержденный для лечения СДВГ не только у детей и подростков, но и у взрослых. Механизм его действия состоит в блокировании обратного захвата норадреналина, он селективно повышает концентрацию как норадреналина, так и дофамина в лобной коре, при этом не повышая концентрацию последнего в базальных ганглиях, с чем связывают его способность не усиливать тики. В отличие от психостимуляторов атомоксетин не вызывает эйфории, возможность злоупотребления им как психоактивным веществом нулевая. Атомоксетин может быть отменен одномоментно без постепенного снижения дозы, поскольку при нем отсутствует синдром отмены. Не описаны также и психотические реакции – да и в целом препарат считается безопасным, не является кардиотоксическим и хорошо переносится (отмена из-за побочного действия только у 2,3 % детей) и имеет относительно «мягкий» спектр симптомов побочного действия (сонливость, ощущение тошноты, временное ухудшение аппетита, сухость во рту, головная боль и др.). При этом клиническая эффективность этого препарата, как у детей, так и у взрослых, довольно высока, хотя и несколько ниже, чем эффективность психостимуляторов (60 % по сравнению с 90 % уменьшения симптомов СДВГ). Впрочем, цена этого препарата несколько выше, чем психостимуляторов. Еще один недостаток

этого лекарства по сравнению с психостимуляторами заключается в том, что эффект от лечения проявляется не сразу, а через несколько дней или даже недель: в целом полный эффект наступает через 4–6 недель приема препарата. Атомоксетин является препаратом длительного действия, при одно-, двукратном приеме он действует 24 часа в сутки, и это имеет большое значение, в частности, при приеме атомоксетина нет «прыжков» симптомов и резких изменений поведения ребенка, встречающихся при приеме препаратов с коротким периодом действия.

Атомоксетин может быть препаратом первого выбора в следующих случаях (***Banashevski***, ***Coghill, Santosh*** et al., 2006):

• когда есть риск злоупотребления психостимуляторами (например, у подростков с СДВГ, употребляющих наркотики), при наличии коморбидных тиков, синдрома Жилля де ля Туретта, сопутствующих тревожных расстройств (стимуляторы могут усиливать тревогу, тогда как атомоксетин оказывает противотревожное действие), нарушения сна;

• когда необходимо, чтобы он действовал «24 часа в сутки» – в частности, при наличии выраженного проблемного поведения перед сном или утром.

• когда родители по определенным причинам не хотят, чтобы их ребенок принимал психостимуляторы или для них более приемлем «профиль» побочного действия атомоксетина;

• когда психостимуляторы оказались неэффективными или вызывали выраженное побочное действие, которое не удалось откорректировать путем изменения дозы и т. п.

Обычно предлагается одноразовый прием атомоксетина. Двукратный прием может быть необходим в случаях появления симптомов побочного действия, – он обусловливает несколько лучшую переносимость препарата. Вспомним, что, в отличие от психостимуляторов, эффект от применения атомоксетина развивается постепенно на протяжении двух-четырех недель.

При приеме атомоксетина нет потребности в биохимическом мониторинге. При длительном приеме рекомендуется лишь следить за ростом и весом – дважды в год, поскольку у отдельных детей возможно незначительное отставание (хотя в больших группах детей во время исследований не выявлены существенные отличия в кривых роста и массы тела). В этих случаях может быть нужна коррекция дозы, временная отмена или же переход на другие препараты. Прием атомоксетина может быть связан с незначительными колебаниями артериального давления, как в сторону снижения, так и повышения – опять-таки они обычно минимальны, но в случае, если ребенок жалуется на

головокружение или страдает сердечно-сосудистым заболеванием, необходим мониторинг артериального давления. Как уже упоминалось, атомоксетин в целом является безопасным препаратом, у которого отсутствует риск серьезного побочного действия. Единственное серьезное осложнение, которое было выявлено за время его применения – два случая токсичного гепатита (оба были вылечены без осложнений) на 3,7 миллиона пациентов, принимавших этот препарат. С осторожностью следует назначать атомоксетин пациентам, имеющим риск судорог, поскольку он может их спровоцировать. Как редчайшее побочное действие возможно также возникновение/обострение агрессивного/суицидального поведения (0,44 %) – хотя такие случаи также довольно редки; но пациентов, принимающих атомоксетин, всегда следует спрашивать о появлении этих возможных симптомов побочного действия. Метаболизм атомоксетина связан с системой цитохрома P450 2D6, в связи с чем лекарства, влияющие на эту систему, в частности ингибиторы обратного захвата серотонина при одновременном приеме могут приводить к повышению концентрации атомоксетина в крови, а поэтому необходимо уменьшение суточной дозы последнего.

Трициклические антидепрессанты

Из препаратов этой группы, применяемых для лечения СДВГ за границей (desipramine, nortriptyline), в Украине имеется лишь имипрамин (melipramine, таблетки по 25 мг). Исследования подтвердили относительно высокую эффективность этих препаратов при СДВГ (до 70 % детей имеют значительное улучшение), которая лишь несколько ниже, чем у психостимуляторов (см. ***Goldstein, Goldstein,*** 1998. С. 501–506). Однако в сравнении с последними больший эффект наблюдается относительно поведенческих, чем когнитивных симптомов. Поэтому продолжительное время трициклические антидепрессанты были вторыми в списке после психостимулянтов как препараты, рекомендованные при лечении СДВГ. Механизм их действия связан с блокированием обратного захвата норадреналина.

Однако применение трициклических антидепрессантов связано с определенным риском кардиотоксичности и развития аритмии, а потому требует тщательного ЭКГ-мониторинга как до начала, так и во время проведения терапии. Применение трицикликов может сопровождаться ортостатической гипотензией и симптомами, обусловленными их холинолитическим действием

(сухость во рту, запоры и др.). Особое внимание нужно уделять условиям хранения трициклико в, поскольку их передозировка смертельна. Эти препараты могут также снижать судорожный порог, а потому наличие эпилептической активности является противопоказанием к их применению.

Эффект трициклических антидепрессантов развивается на протяжении трех-четырех недель. Со временем возможно развитие толерантности, что требует временных «каникул» и затем повторного назначения. Трициклические антидепрессанты могут иметь терапевтический эффект также относительно коморбидных тревожных расстройств, тиков, энуреза, расстройств сна.

Велбутрин (бупропион)[13]

Это новейший антидепрессант, который блокирует обратный захват норадреналина и – в меньшей мере – дофамина. Исследования (см. ***Banashevski, Coghill,***

Santosh et al., 2004; ***Kutcher,*** 2002. С. 242) показали его довольно высокую, хотя и несколько ниже, чем у психостимуляторов и трициклических антидепрессантов, эффективность при СДВГ (до 68 %). Препарат не имеет кардио-токсического действия, в целом довольно безопасный. Он эффективен также и для подростков, и для взрослых. Применение этого препарата связано с повышенным риском развития судорог, и поэтому противопоказан детям с органическим поражением центральной нервной системы, эпилептической активностью. Он также может усиливать тики и противопоказан при их наличии.

Агонисты центральных альфа2-адренорецепторов: клонидин и гуанфацин

К этой группе относятся клонидин и гуанфацин – лекарства, обычно применяемые для лечения артериальной гипертензии, которые довольно широко используются и в детской психиатрии в связи с их эффективностью при СДВГ, тиках и относительно «мягком» профиле побочного действия. Исследования (см. ***Kutcher,*** 2002. С. 245–246) подтверждают их эффективность при СДВГ (хотя и несколько меньшую, чем у психостимуляторов, – редукция симптомов в пределах 50 %). Причем эффект оказывается большим относительно поведенческих (гиперактивность и импульсивность), чем когнитивных

симптомов расстройства. Последние исследования (см. обзор в ***Banashevski, Coghill, Santosh*** et al., 2004) показали, что гуанфацин в сравнении с клонидином является более селективным к центральным альфа2-адренорецепторам и большее способствует усилению внимания; он также менее седативный, а потому сейчас находится в фокусе новейших исследований как одна из возможных альтернатив психостимуляторам в случаях резистентности к ним или их непереносимости.

Наиболее распространенные симптомы побочного действия: седация, незначительное снижение артериального давления, головная боль, подавленное настроение.

При применении агонистов альфа2-адренорецепторов необходим мониторинг пульса и артериального давления. В случае отмены дозу следует снижать постепенно ввиду риска возникновения артериальной гипертензии при внезапной отмене.

Другие препараты

Существуют предварительные данные о возможной эффективности при СДВГ ряда других препаратов (см. ***Banashevski, Coghill, Santosh*** et al., 2004; ***Kutcher,*** 2002. С. 243–247), в частности модафинила, венлафаксина, буспирона, ингибиторов МАО, бета-адреноблокаторов, агонистов мускариновых рецепторов, карбамазепина, рисперидона. Модафинил является новейшим препаратом, разработанным для лечения нарколепсии. Предварительные исследования показали его потенциально высокую эффективность относительно СДВГ, но сейчас нужны дополнительные исследования, в частности относительно его безопасности для детей. Антидепрессант венлафаксин довольно эффективен при СДВГ, но у 25 % детей он усиливал симптомы гиперактивности, что заставило отменить препарат, поэтому на данный момент он исключен из рекомендованных протоколов терапии. Анксиолитик буспирон имеет, кроме серотонинергического, также и некоторое норадренергическое и дофаминергическое действие; предварительные исследования указывают на его потенциальную эффективность при СДВГ с минимальными эффектами побочного действия. Ингибиторы МАО, несмотря на установленную достаточно высокую эффективность, весьма опасны в применении из-за их взаимодействия с другими лекарствами и риском развития гипертонического криза при нарушении довольно строгой при их применении диеты. Бета-блокираторы могут иметь определенный эффект в уменьшении проблем с

агрессивным и импульсивным поведением, однако, у детей их применение связано также с риском побочного действия на сердечно-сосудистую систему. Карбамазепин целесообразно применять в лечении случаев СДВГ, коморбидных с педиатрической формой биполярного расстройства. Рисперидон может быть показан при лечении форм СДВГ, сопровождающихся выраженной агрессивностью, аффективной нестабильностью, в частности у детей с умственной отсталостью.

Принципы психофармакотерапии СДВГ и коморбидных расстройств

Поскольку при СДВГ показатель коморбидности довольно высок, необходимо иметь в виду наличие сопутствующих расстройств и учитывать их при выборе препаратов. Ниже в таблице представлены возможности выбора препаратов или их комбинаций.

СДВГ + тики, синдром Жилля де ля Туретта	1. Клонидин/гуанфацин 2. Атомоксетин 3. При незначительно выраженных тиках — психостимуляторы + альфа-агонисты 4. При тяжелых формах тиков можно пробовать объединение нейролептиков и психостимуляторов, но последние вводить постепенно, наблюдая, не происходит ли усиление тиков
СДВГ + тревожные расстройства	1. Атомоксетин 2. Психостимуляторы + SSRI 3. Клонидин/гуанфацин 4. Трициклические антидепрессанты
СДВГ + депрессия	1. Психостимуляторы/атомоксетин + SSRI 2. Велбутрин 3. Трициклические антидепрессанты
СДВГ + выраженная агрессивность	Психостимуляторы/атомоксетин +: 1. Атипичные нейролептики (рисперидон, оланзапин, кветиапин) 2. Депакин 3. Клонидин/гуанфацин 4. Карбамазепин

Лечение коморбидных расстройств далеко не всегда требует назначения лекарственных средств – часто следует начинать с

психотерапевтических вмешательств (при депрессии и тревожных расстройствах) и лишь при недостаточной их эффективности дополнять психофармакотерапией.

Выводы

• Психофармакотерапия – эффективный метод помощи детям с СДВГ, однако ее безопасное и эффективное применения требует высокого уровня профессиональной компетентности.

• Психофармакотерапия при СДВГ должна применяться лишь по показаниям и в соответствии с современными протоколами терапии, которые основываются на данных доказательной медицины.

• Психофармакотерапия является единственным методом, который напрямую действует на причины СДВГ и уменьшает симптомы расстройства, однако ее применение имеет смысл лишь в контексте комплексной, мультимодальной помощи семье и ребенку с применением полного пакета психосоциальных вмешательств.

• Психофармакотерапия СДВГ безопасна лишь при условии компетентного ее применения и учета всех возможных противопоказаний, проведения необходимого мониторинга эффективности и безопасности, грамотного подбора препарата, дозы и режима приема.

Вокруг психофармакотерапии существует много мифов, а потому чрезвычайно важно просвещать как родителей, так и специалистов, и общество в целом относительно реальных возможностей и рисков медикаментозного лечения СДВГ и психических расстройств вообще.

Часть III
Истории родителей

1

Моя история – это история радости, боли, отчаяния, неопределенности, надежды и… роста.

Эта история началась почти двенадцать лет назад с рождением моего сына Саши. Тогда я даже не представляла, какой сложный путь меня ждет. Саша родился вполне здоровым и без существенных осложнений. Всю семью переполняла невыразимая радость. Поскольку я была еще очень молодой мамочкой, мне было лишь 19 лет, я не понимала, что его беспокойство и чрезмерная подвижность, активность, проявившиеся через некоторое время, могут быть признаками поведенческого расстройства. Ребенок носился по квартире, везде залезал, вредил и себе, и всему, что его окружало. Со временем Саша, который, несмотря ни на что, был очень умным и развитым ребенком, начал донимать всех кучей вопросов, пребывание с ним буквально выматывало каждого. Организовать ребенка и добиться от него последовательного поведения было почти невозможно. Конечно, как это бывает в таких случаях, пришлось столкнуться с реакцией окружающих, многие знакомые и родственники упрекали за неправильное, по их мнению, воспитание. Одни говорили, что мы распустили ребенка, недостаточно суровы с ним, другие, наоборот, утверждали, что ребенок совершенно нормальный и когда же ему еще шалить, как не в детстве. Со временем под влиянием окружающих и от несоответствия вложенных в воспитание усилий и полученного результата у меня развилось чувство вины. Мне казалось, что

это я виновата в том, что мой ребенок такой, что я плохая мать, если не могу воспитать его как следует. На фоне такой постоянной нервозности ухудшились и без того не идеальные отношения с мужем. Мы пошли неверным путем, начали обвинять друг друга вместо того, чтобы поддержать. Было нелегко, но тогда я еще не знала – самое трудное впереди…

Когда Саше было пять лет, родилась его сестренка Юля. Здоровая, красивая девочка – радость, заслонившая на некоторое время все предыдущие заботы и переживания, отодвинувшая их на второй план. Когда Юле исполнилось два года, оказалось, что она страдает тяжелым расстройством, диагноз которого до сих пор до конца не ясен. Можно сказать лишь, что ее болезнь сопровождается стойкой задержкой развития и очень высоким уровнем гиперактивности. Конечно, на фоне больной сестры Саша выглядел здоровым ребенком. Это время в жизни нашей семьи было периодом настоящего отчаяния, наступили черные

дни. Понимая, что с ребенком что-то неладное, мы начали искать причину, обращались к огромному количеству врачей, прошли кучу сомнительных обследований, сеансов массажа и т. п. Но что творится и как помочь – мы так и не узнали.

Психологически было очень тяжело, в том числе и от реакции окружающих людей, которые беспрерывно давали массу советов. Не хотелось выходить на улицу, было неловко от посторонних взглядов, «проблемность» Юли бросалась в глаза.

В таком состоянии мы попали в центр «Джерело». Здесь мы получили квалифицированную помощь специалистов и, что очень важно, психологическую поддержку для себя, поняли, что мы не одни и что люди, имеющие детей с ограничениями развития, тоже могут быть счастливыми и жить полноценной жизнью. К нам вернулась надежда.

В этот период Саша уже учился в школе. У него начались трудности с учебой и поведением, поскольку ему было тяжело сосредоточить внимание и укротить чрезмерную подвижность и импульсивность. Конечно, было досадно и тяжело, постоянный контроль учебы и ссоры из-за плохого поведения истощали и не давали существенного эффекта. Я очень переживала, ведь Саша, хотя и страдает от СДВГ, остается для меня единственным относительно здоровым ребенком и мне очень хочется, чтобы он вырос полноценным и хорошим человеком, чтобы выбрал правильный путь в жизни, состоялся в профессии, которую выберет, смог построить отношения с людьми. Мне очень хочется, чтобы он не оступился, не попал под плохое влияние. Тем более что ему со временем придется заботиться не только о себе и собственной семье, но и, надеюсь, он будет поддерживать свою больную сестру. Информацию об СДВГ и о методах работы с детьми, страдающими от этого расстройства, я получила также в «Джерело» и должна признать, что метод поощрений и штрафов довольно эффективен. Ребенок стал более управляемым, начал лучше учиться.

Родителям, которые столкнулись с нарушениями развития ребенка, я хочу пожелать прежде всего не терять надежды, какой бы тяжелой и безвыходной ни казалась ситуация. Вы должны быть сильными, поскольку ребенку жизненно необходима ваша поддержка и любовь. Все хотят растить красивых, умных, а главное здоровых детей, но не всегда получается иметь именно то, чего хочется. Ребенок с нарушениями развития требует от нас вдвое больше сил и любви. Но когда мы видим его успехи, то испытываем невероятную радость и удовлетворение. Нужно помнить, что дорогу осилит идущий. И на нашем пути всегда найдутся люди, которые поймут и поддержат. Как известно, то,

что нас не убивает, делает нас сильнее. Надейтесь и просто любите своих детей такими, какие они есть. Лучшее впереди.

Ольга Ферт

2

…Беда, катастрофа, конец света! Моего сына, ученика 4 класса, выгоняют из школы. Учитель говорит, что он хамит, обижает одноклассников, срывает уроки. Когда я прихожу в школу – все в порядке, но только я за дверь – все начинается снова.

Круги наших испытаний: одна, вторая, третья дисциплинарная комиссия, четвертая – с родителями. Падает успеваемость, уговариваем не исключать ребенка из школы, дать шанс исправиться.

Перевод в параллельный класс. Дирекция убеждает нас обследовать Юру у невропатолога. Делаем энцефалограммы, общаемся с психологами. Никаких положительных изменений. Дома сын стал раздражительным, резко реагирует на любые замечания.

Однажды обнаруживаем кражу денег. Как выяснилось, на эти деньги Юра купил мобильный телефон и сладости. Конфеты носит в школу и угощает ими одноклассников. Мы, родители, в отчаянии.

Когда психолог начал разматывать клубок поведенческих проблем, стало понятно, что многое тянется еще из раннего детства. Юра всегда был подвижным, непоседливым. Меня часто раздражало его неспокойное поведение, временами я могла взять и ремень в руки. Он никогда не мог высидеть весь спектакль в театре (особенно, если было неинтересно) или же час у парикмахера (в следующий раз просили не приводить), у нас возникали проблемы в любых общественных местах. Юра

мог заинтересоваться только тем, что его по-настоящему захватывало. Только увлекательные телепередачи, а со временем компьютерные игры могли заставить Юру сосредоточиться.

Когда наш сын начал учиться в школе, ему очень тяжело давалось чистописание. В то же время, несмотря на чрезмерную подвижность, ребенок очень быстро и хорошо запоминал тексты, стихи, любую другую информацию.

Только теперь, уже во время регулярных консультаций у психолога, я лучше поняла природу поведения сына, поняла, что только наше особое родительское отношение к Юре – такому, какой он есть – может помочь решить проблемы с поведением. Методы поощрения и наказания, таблицы баллов и вознаграждений кардинально изменили поведение сына. Я перестала кричать, научилась четко высказывать свои пожелания и требования, касающиеся выполнения домашних заданий и

обязанностей.

Не все пошло сразу гладко. Где-то не выдерживала я – срывалась на крик. Бывало, срывался и Юра. Таблица баллов, дважды им разорванная, снова была склеена скотчем и снова висела на предназначенном для нее месте. В наказание за кражу денег Юра каждый день на протяжении полугода мыл посуду. Очень помогло мне в преодолении трудностей общение с друзьями, родителями, которые меня поддерживали и понимали. На семинарах, встречах родительской группы я увидела, что похожие проблемы есть и других людей, у которых тоже растут гиперактивные дети. Мы многим делились, совещались, вместе искали решения.

Из этого нашего общего с Юрой недавнего опыта я вынесла один урок: только взаимная любовь, терпение и взаимопонимание дадут нам возможность идти по жизни счастливо, радостно и уверенно.

Ирина К.

3

Папа

1999 год, 6 декабря. Любимая жена осчастливила меня на 30-летие особенным, самым прекрасным и самым большим, какой только может быть, подарком – родился наш второй сынишка Богдан. Вот он на моих руках, вглядываюсь в его красивое личико, прошу Бога, чтобы он благословил его дальнейшую жизнь.

Мальчик наш рос очень активным и непоседливым. Ни одной секунды на месте! Помню кровать на пружинах, которую Богдан переоборудовал в батут. Стягивал матрас, запирал двери комнаты и прыгал сколько душе угодно.

Был такой период, когда Богдана было невозможно уложить спать до двух-трех часов ночи. Малыш бегал, играл, не замечая времени. Утром, правда, спал допоздна, а мне и жене уже с шести нужно было быть на ногах.

Один случай из жизни нашей семьи: Богдан за считаные секунды добрался до ванной комнаты, не знаю уже каким образом, но открыл бутылку с «Белизной» и сделал несколько глотков… Дальше – скорая, промывание желудка, больница и неизвестность ожидания… Но Бог помиловал, сохранил нам нашего сына и уже через 4 дня мы были дома.

Таких приключений и неожиданностей было еще немало.

Как отец, я понимал, что сына необходимо приучать к порядку и дисциплине. Но здесь возникало много проблем. Даю сыну конкретное указание, а он будто не слышит. Я думал, что он не слушает нарочно, бунтует. Поэтому наказывал, брал в руки не раз ремень. Но наказания не давали результатов. Мои методы воспитания не действовали.

Готовясь к школе, проходили медкомиссию. И очень больно было услышать от психоневролога, что наш Богдан умственно отсталый. Мы не верили в это, но все равно были очень встревожены. Потом оказалось, что диагноз ошибочный.

В школе началось – только и разговоров, что о нашем Богдане – срывает уроки, сидит под партой, дерется, разбил горшок и т. д.

Как бы ни сложилась дальнейшая жизнь, мы с надеждой и оптимизмом смотрим в будущее. Бог дал нам своевременную и нужную помощь в виде хороших врачей, опытных психологов и психиатров. Мы знаем, что нашему сыну нужна помощь, и всеми силами стараемся ее предоставить ему. И еще нам очень помогает

Анна Владимировна, учительница нашего Богдана, за что мы ей от всего сердца признательны. Мир не без добрых людей.

Мама

«Неужели столько энергии может быть у ребенка?» – удивлялась я, глядя на своего сына Богданчика, который бегал практически весь день, не останавливаясь. Тогда мальчику не исполнилось еще и года. Бегая, он иногда падал и засыпал. Прыгал ребенок в манеже, в кроватке, в тележке – а вслед за ним еле-еле успевала я, оберегая сына от падений и неприятных приключений. И все-таки не раз малышу доставалось – моя скорость была для него слишком медленной.

Для старшего сына времени не было совсем – все внимание нужно было уделять Богдану.

Наш Богдан если и играл игрушками, то недолго, а вот всякие технические устройства, транспорт и путешествия манили и манят его до сих пор. Поезд, самолет – это особые вещи для Богдана, о них он мечтает и ждет с ними встречи.

Я надеялась, что наши проблемы со временем пройдут. Как говорится, Богдан их перерастет. Но изменений не было. Врачи начали говорить, что сын гиперактивный. Правда, конкретного диагноза никто не ставил. Каждый из специалистов имел свой вариант объяснения неадекватного поведения нашего сына. Успокоительные массажи и физиопроцедуры не помогали. Подвижность и неудержимая активность, импульсивность не уменьшались. Меня удивляло, как в сыне уживаются такие разные черты, как можно быть таким радушным, легким в знакомствах и общении и вместе с тем взрываться, бросаясь в драку из-за разных мелочей.

Рождение двух младших братьев на Богдана повлияло положительно. Часто наблюдаю за тем, как он нежно обнимает, целует своих братьев, как играет, рассказывает им сказки. И это вселяет надежду, что все у него устроится и нормализуется.

Посещение консультаций психолога и психиатра в УРЦ «Джерело», встречи в родительской группе помогли нам научиться понимать Богдана, смотреть на вещи с другой стороны, спокойно реагировать на его выходки и понемногу приучать к дисциплине. Трудно постоянно выслушивать, какой у тебя «ужасный» сын, защищая при этом его душу, индивидуальность. Лично для меня мой сын – это хорошая школа любви. Периодически вся наша семья проходит у Богдана «тест» на терпение и любовь.

Просим Бога в молитвах, чтобы берег нашего сына (как в детстве, так и во взрослой жизни, ведь он так неосторожен), дал ему верных любящих друзей, которые бы понимали его, чтобы он не был одиноким и смог найти себя в этой жизни.

Игорь и Надежда Резник

4

Еще до своего рождения Светланка была очень подвижной, неспокойной.

Родилась ослабленной, маленькой, с некоторыми неврологическими проблемами и аллергией. В первые месяцы жизни часто и много плакала, очень мало (для своего возраста) спала. Продолжительность дневного сна – 2–3 раза по 30 мин., каждый раз убаюкивали по 1–1,5 часа. Меня это истощало, я не успевала сделать домашнюю работу, отдохнуть. Плач малыша был истерическим, успокоить ребенка было тяжело.

В то время я почти не общалась с другими родителями и думала, что так и должно быть – ребенок занимает все время, мама не может больше ничем заниматься. С 3-х лет я начала понимать, что мой ребенок все же немного не такой, как большинство детей, и с того времени старалась найти ответы на вопросы, волновавшие меня. Попытки почерпнуть их из соответствующей литературы не дали ожидаемого результата: я еще больше запуталась в своих сомнениях, разных педагогических и психологических подходах. Ежедневные бытовые обязанности, воспитательные проблемы вытеснили из жизни многое из того, без чего я раньше не могла обходиться – книги, выставки, друзей. Счастье, что попадались хорошие люди, которые давали важные советы, поддерживали. Я благодарна подруге, которая, несмотря на занятость, все же звонит (у нее трое детей).

Светланка часто и подолгу плакала в раннем возрасте, даже посторонние обращали на это внимание. Эта тенденция сохранялась до 5–6 лет. Плаксивость, капризность были не только средством для достижения определенной цели, – это будто стало стилем ее поведения. Еще одна черта – невероятное упрямство. Она все отрицала, не хотела ничего учить, не отзывалась на просьбы. Мы должны были придумывать разные способы – перехитрить, переключить внимание и так достичь желаемого. Стало тяжело, когда «опустел мешок хитростей». Мне казалось, будто мой ребенок – это «2 в 1»: иногда – добрый, искренний, ласковый; иногда – жестокий, делает все наперекор. Бывало, сделает что-то плохое – и радуется. Быть строгой я не могла, поскольку очень долго боялась спровоцировать неврологические проблемы раннего детства. А что же Света? У нее не хватало терпения рассматривать книжечку. Она недолго играла игрушками, за исключением новых. Постоянно требовала внимания. Не хотела идти за руку (даже при переходе улицы). С

таким ребенком было невозможно выйти в город.

С детства проявилось творческое образное мышление. Светлана любит рисовать, слушать музыку. С 3 до 6 лет много рисовала, очень по-детски, но своеобразно. После рисования у нее всегда улучшалось настроение, для нее это одновременно и увлечение, и хороший отдых. Ей очень нравилось играть во дворе или саду. Она до сих пор любит цветы, составляет красивые букетики из полевых, садовых цветов, даже сорняков. В 7–8 лет с интересом делает самоделки, аппликации, коллажи, рисует красками, фломастерами, пастелью.

Поведение «на людях» обычно было довольно плохим, часто – непредсказуемым. После нескольких неудачных попыток сводить на открытие выставки или в гости я перестала брать ее с собой. Отдых в выходные в городе превращался в сплошные требования: «Хочу! Дайте! Купите!». С 6,5 лет стало возможным «договориться», обсудить покупки заранее.

Светланка тянулась к детям, но очень часто не умела с ними взаимодействовать: когда они приходили, – радовалась, играла с ними 20 минут, а потом убегала и играла отдельно. В школе не знакомилась и мало общалась, у нее не было общих интересов с ровесниками. Очень хотела быть лидером. Хорошо играет с двоюродным братом (спокойным, соглашающимся на лидерство Светы). Они придумывают свои игры с камешками (рассматривают и угадывают, на что они похожи). Долгое время не хотела дружить ни с кем, кроме него.

Школа. К школе готовились радостно, Светланке нравилась школьная форма, рюкзак, пенал, тетради с красочными рисунками – все было действительно красивым.

Сначала в школе было интересно. Но дочка очень уставала, жаловалась, что дети забирают у нее все, пишут и черкают в ее тетради. Не умела сложить свои вещи в портфель. Были кляксы в тетради и на одежде; из всех школьных принадлежностей в пенале домой возвращалась лишь половина, обложки от тетрадей – скомканные, незаточенные концы карандашей беспощадно обгрызены.

Начались замечания: не ест и убегает из столовой, не реагирует на просьбы и указания, на уроке встает и выходит из класса. Невнимательная, вообще отказывается писать. Дома задания выполнялись с плачем. Я была вымотана, хотела забрать из школы, но муж убедил, что не следует этого делать. Приехала на помощь бабушка. Чтобы как-то заставить писать, учительница в тетради выводила буквы карандашом, Светланка обводила. Ребенок много болел – почти половину из всего учебного времени. Первые полгода вообще не знала, как зовут

одноклассников, не умела рассказать, что было в школе. Частенько не говорила правду, выкручивалась или просто фантазировала.

Много жалоб поступало от учительницы иностранного языка: невнимательна, не слушает, не запоминает, не отвечает, нарушает дисциплину, нарочно срывает урок.

В школе почти не ела завтрак, а после уроков покупала сладости. Когда играла во дворе, иногда убегала от детей, потому что на самом деле боялась. Неспокойная, несосредоточенная, мало контактирует с детьми, умная, но не успевает с учебой. На выполнение домашних заданий тратили около 4 часов, причем успевали выучить лишь 2–3 основных предмета. Домашние задания непременно, несмотря на терпение родителей, начинались с плача. Были моменты, когда я срывалась; тогда себя ненавидела, чувствовала стыд и вину, но выхода не видела.

Светланка даже в 6,5 лет сама не засыпала, нужно было убаюкивать ее от 30 мин. до 1–2 часов. Из-за необходимости соблюдения режима школьника это было тяжело для меня (не успевала сделать самое необходимое из домашней работы). Девочка категорически отказывалась спать одна. Даже когда я была рядом, просыпалась ночью и плакала, часто снились страшные сны.

После окончания первого класса Света умела медленно читать и кое-как писать, но, несмотря на это, ее все равно перевели во второй класс. Летом с ней много занималась бабушка (математика, диктанты), и все же ребенок не смог усвоить весь материал за первый год обучения. Поэтому перед началом нового учебного года перед нами снова встали вопросы: продолжать учебу с одноклассниками, оставлять на второй год или вообще перевести в другую школу. Мы понимали рискованность такого шага, его возможные последствия: будут смеяться ровесники, осуждать взрослые. С этими вопросами мы пришли в «Джерело».

У меня интересная работа, связанная с изучением произведений искусства. А так как Светланка часто болела, я старалась работать дома над своей темой. Когда дочке было 2 года, она не давала мне писать за столом: забирала бумаги, плакала. Прошло больше 3 лет, пока она привыкла. Но и до сих пор я не могу избавиться от ощущения, что как только начинаю по-настоящему заниматься работой, мой ребенок начинает болеть. Я не могла найти ответ на вопрос: как объединить семью и работу – и периодически отдавала преимущество то одному, то другому. Приоритет остался все-таки на стороне семейных обязанностей. Но так как все время уделяла ребенку, в семье отношения ухудшились.

Мне было больно и стыдно за плохое поведение дочки, я очень тяжело это переживала. Для меня каждое замечание – как ведро холодной воды на голову. Казалось, будто я живу на бочке с порохом, – не знаешь, в какой миг она взорвется. Я не могла сосредоточиться на работе. Не замечала красоты вокруг, кажется, почти не радовалась. Была ужасно уставшая и вымотанная морально. Очень волновалась, когда приходилось идти со Светланой к врачу, в гости.

Мои поиски выхода из этой ситуации усилились, когда замечаний стало слишком много, когда учительница сказала: «Вы должны с ней поговорить». Как? Какими словами? Педиатр будто между прочим заметил, что если есть проблемы в школе, можно обратиться к психологу. Ускорило мое обращение за профессиональной помощью одно событие. На уроке труда Света порезала пальчик соседке по парте. Позже она рассказала, что это случилось нечаянно, в ответ на плохое слово, сказанное одноклассницей. Светланка очень рассердилась и не знала, как это произошло. Я была просто шокирована этим поступком и тем, что это сделал мой ребенок. К счастью, девочка оказалась не злопамятной и сразу же Свету простила. А когда я попросила прощения у ее родителей, они отнеслись с пониманием.

Первые занятия в центре «Джерело» открыли глаза на моего ребенка. Мне рассказали об СДВГ, объяснили особенности поведения таких детей и то, что во многих случаях они не виноваты, что так себя ведут. Открытием для меня были результаты тестирования интеллекта

Светланки – уровень выше среднего. Честно говоря, я просто недооценивала своего ребенка. И вдобавок она так нестандартно вела себя, что посторонние люди не всегда соответственно оценивали ее хорошие черты. Теперь я чувствую себя увереннее и знаю, чего можно требовать от дочки.

Сначала было очень непривычно применять предлагаемые методы: систему наград, частую похвалу, внимание к ребенку, последовательность со стороны родителей. Даже не верилось, что такие простые, казалось бы, советы могут быть эффективными.

Начались индивидуальные занятия со Светой. Потом – коллективные в группе с детьми и семинары для родителей. Очень ценным, по моему мнению, был видеотренинг. Помогло общение на семинарах с другими родителями и понимание того, что мы не одни с такими проблемами. Ведь, находясь в обычном окружении, я ощущала, что мои трудности кажутся странными, не находила понимания и поддержки. «Ты сама делаешь из этого проблему» – так отвечали мои друзья и знакомые.

Положительное влияние имела индивидуально подобранная

легкая медикаментозная терапия.

Благодаря поддержке специалистов мы ощутили положительные сдвиги. Советы относительно организации обучения, тесного сотрудничества с учительницей и воспитания в семье нам очень помогли. Полезными для Светланки были занятия в группе с детьми, хотя она долго сопротивлялась. Больше всего ей запомнился праздник, на котором детям предоставили возможность самим придумать и сыграть спектакль, где они могли быть сами собой. Теперь дочка просматривает фотографии, говорит, что хочет снова встретиться с детьми из группы.

Достигли больших успехов в том, что Светланка стала сама засыпать (!!!), больше не протестует, когда наступает время укладываться в кровать. Нормировался режим дня. Мне стало ощутимо легче – появилась возможность лучше организовывать свое время, больше успевать. Мы впервые (!!!) вместе с ребенком, спокойно «пережили» сложный период отчетности на работе в конце года (раньше отвозили дочку на это время к бабушке и дедушке или вызывали их на помощь).

Ребенок стал внимательнее, коммуникабельнее, улучшилась успеваемость и поведение в школе и дома. Учителя стали заслуженно хвалить Свету. Она счастлива, что появились друзья среди одноклассников. Мы, родители, открыли в своем ребенке много хороших черт, чаще находим согласие с ней. Исчезли некоторые проблемы, которые до сих пор портили отношения в нашей семье. Мы научились быть счастливыми вместе с дочкой.

Понимаю, у нас еще много нерешенных вопросов и большая программа улучшения поведения, успеваемости, взаимоотношений в семье и с ровесниками. Но вместе с тем мы осознаем важные достижения: мы смогли решить наиболее острые поведенческие проблемы, научились понимать нашего ребенка и с оптимизмом смотреть в будущее.

Леся Д.

5

…Рождение Саши стало неожиданностью для родственников и прежде всего для меня. По срокам я должна была родить как минимум на полтора месяца позднее. Беременность для меня трудной не была, никакие токсикозы меня не беспокоили – так что и причин для преждевременного волнения, казалось бы, не было.

В тот день мы с мужем в очередной раз выясняли отношения. Молодые, пылкие и влюбленные, в то время мы жили и буквально дышали друг другом, ревность возникала на пустом месте и по любому поводу. Под вечер, когда буря улеглась, где-то в 12 часов у меня начались схватки.

Догадавшись, что со мной творится, я подошла к спальне своей свекрови и сказала, что мне срочно нужно в больницу. Свекровь посоветовала мне никуда на ночь не ехать, так как, если это действительно роды, то они длятся долго и лучше провести ночь дома, а уже утром нормально собраться и лечь в больницу.

Так и сделали. Следующий день был воскресенье. Когда мы с мужем явились к дежурному врачу родильного дома и описали ситуацию, он, мельком глянув в медицинскую карту, спросил меня, желателен ли ребенок. Я пришла в изумление. Ясно, что желателен.

В то время схватки продолжались, однако воды еще не отошли. Врач сказал, что, возможно, удастся остановить схватки, – было бы лучше для ребенка, если бы он весь отведенный ему срок отлежал в животе. Мне капали магнезию, а схватки постепенно и неуклонно нарастали. Утром на следующий день я родила мальчика.

Вес 1500 граммов, рост 45 сантиметров. Я слушаю записи акушерки, а краем уха стараюсь услышать крик моего маленького, которого отнесли куда-то вглубь род-зала и делают с ним какие-то манипуляции. Врач что-то говорит о зеленых околоплодных водах, обхвате шеи пуповиной. Моя тревога нарастает. В конце концов слышится слабенький писк. Почти сразу ребенка положили в кювез и куда-то понесли.

Те несколько часов, что пролежала на каталке после родов, показались мне вечностью. Я поняла, что отныне уже сама себе не принадлежу. Как только меня перевезли в палату, я тайком от медсестер пошла к ребенку. Оказалось, он в реанимации.

…Когда я увидела своего мальчика через пластик кювеза, то не смогла сдержать слез. Маленький, худенький, он спал, а на бледном личике, которое я узнала бы из тысячи, проступало

выражение страдания. Я слушала врача, записывала лекарства, которые надо было принести, а сама думала о том, что безответственностью, преступным легкомыслием навредила своему ребенку. И это исправить невозможно.

На третий день реанимобиль перевез нас и еще нескольких рожениц с детьми в специальное отделение областной больницы, где выхаживали недоношенных детей. Здесь так же, как в роддоме, врачи не говорили ничего определенного о состоянии ребенка. Стабильно тяжелый. Выживет ли? Будет видно. А как бывает в подобных случаях? По-разному.

Быть с ребенком в отделении не разрешалось. Порядок был такой: дети изолированы от родителей, за ними присматривает медперсонал, мама только поставляет молоко – каждые три часа приходит, сцеживает молоко в отведенной для этого комнате, а потом идет по своим делам. Ночует мама у себя дома. К счастью, зав-отделением пошла на определенные уступки особенно настойчивым мамам и в подвале здания обустроила что-то наподобие подпольного дневного стационара, где можно было провести время между сцеживаниями, а иногородним – и переночевать.

Посмотреть на ребенка можно было только в специально отведенное недолгое время и не каждый день; мне удавалось, вызываясь на внеочередные уборки «сцеживальной» комнаты, чаще тайком видеть своего маленького, если в палате не было врачей.

К тому времени у меня начались проблемы с грудью. Молока было много, хватало еще нескольким детишкам. Из-за того, что ребенок грудь не сосал, молочные протоки не разрабатывались. От постоянного сцеживания молока прибывало все больше, а сцеживать становилось все тяжелее. В железах образовались затвердения, похожие на камни, начался мастит. Вдвоем с мужем мы проводили адские вечерние процедуры, когда он, будто бульдозерами, кулаками разбивал и растирал эти булыжники с переменным успехом.

Но самое сложное было сознавать, что ты не имеешь никакого представления о будущем, не знаешь на что надеяться. Как все сложится? Выживет ли твой ребенок? Сможет ли он быть здоровым? Ответов на эти вопросы никто не давал. Это был шок, оцепенение, тихая и давящая депрессия.

Я все помню о той зиме 1996–1997 гг.: многоснежной, холодной и для меня беспросветной. Помню, как мы с мужем каждый день вечером возвращались из больницы, машинально дома что-то ели, растирали грудь и забывались в тяжелом сне. Не знаю, как он, а я тогда жила механически, не ощущая ни вкуса, ни

красок. Моя настоящая жизнь начиналась тогда, когда я сцеживала молоко или мне удавалось увидеть моего сыночка.

Мой малыш долго и трудно набирал нужные два килограмма от начальных 1450 г (после физиологической потери веса после рождения) – целых полтора месяца. Поскольку молоко он получал через зонд, его, только что немного поправившегося, еще нужно было научить самостоятельно сосать. Длинные две недели медсестричка терпеливо стояла возле него с пипеткой, прежде чем доктор разрешила впервые приложить к груди.

Наверное, этот день был тогда самым счастливым для меня. Это еще не было настоящее кормление, так как дитя еще не имело силы полноценно сосать; однако то, что сынок сразу и безоговорочно схватил сосок своими губами, ну просто набросился на него – наша врач назвала большой победой. Малыш сердито сопел, мотал головой; иногда невольно выпускал сосок и тогда сильно раздражался; потом снова сосал и понимал, что ему не хватает сил, – а для меня вокруг будто играла музыка. Ведь мой мальчик был со мной, пил мое молочко и хотел его – этот день был для меня волшебным.

Вскоре нас выписали. При этом предупредили, что в результате обследования мозга (нейросонографии) у сына выявлена киста мозговых тканей и что это может быть следствием многочисленных микроинсультов, которые малыш пережил, появляясь на свет. Вследствие этого возможны нарушения в работе центральной нервной системы, ведь пораженные участки мозга не будут работать надлежащим образом. Поэтому, чтобы предотвратить нежелательные последствия, нам посоветовали научиться делать ребенку системный массаж (отдаленно похожий на интенсивную физзарядку), который охватывал бы все естественные движения тела, разработку суставов, а еще прощупывание, разминание, растирание, поглаживание и т. п.

Суть объяснений сводилась к тому, что двигательное развитие ребенка опережает и во многом предопределяет его интеллектуальный рост, так что если пораженные участки мозга отвечают за моторику, при наличии многоразовых сигналов, например, от конечностей об их активной деятельности, мозг воспримет их и зафиксирует на другом, непораженном участке, и таким образом, возможно, удастся погасить последствия образования этих поражений. Так что, если ребенок получает определенное физическое стимулирование, и двигательное развитие его хорошее, то есть большие шансы достичь и хорошего интеллектуального развития. Врачи еще сказали нам, что на протяжении именно первого года жизни, если работать с ребенком и развивать его, можно достичь неплохих результатов и

вытянуть сына из тяжелейших, казалось бы, состояний.

…Тогда я все старалась узнать, почему ребенок родился недоношенным – ведь я ощущала бремя вины и должна была знать, что и где я сделала не так. Врачи предполагали, что к преждевременным родам привело кислородное голодание ребенка еще в утробе, об этом свидетельствовали зеленые околоплодные воды во время родов. А причиной этого была, наиболее вероятно, выраженная анемия матери (показатели гемоглобина во время беременности колебались где-то между 64–87). Позже я прочитала, что довольно часто продолжительная анемия беременной обусловливает задержку развития плода, выражающуюся в том, что ребенок внутриутробно развивается, как положено (все системы, функции организма, мозг и т. п.), однако в какой-то момент практически перестает набирать вес (так называемое развитие в свернутом виде). Тогда я поняла, почему мой Саша, родившись на 34-й неделе беременности, был слишком маленьким (худым) для такого срока, хотя имел нормальный рост. Потом я вспомнила и то, что у меня был совсем небольшой животик и немало знакомых даже не догадывались о моей беременности.

По приезде домой начались новые проблемы. Нас ждали – родители моего мужа и сам молодой отец подготовили для нас отдельную комнату и сделали в ней ремонт; но когда мы прибыли, я вдруг осознала, что виновной во всем считают меня. Мне помогали, и сегодня я очень признательна за это моей семье, однако, несмотря на все, тогдашнее молчаливое неприятие было все-таки тяжелой ношей.

Дома оказалось, что Саша – мальчик с трудным характером: он кричал все время, когда не спал. А поскольку спал он мало и урывками, то всем доставалось под завязку. Как мы пережили тот первый год, я до сих пор не знаю. Время – хороший врач, но подробности тех дней засели в моей памяти навсегда. К счастью, у меня было грудное молоко, и многих проблем, связанных с пищеварением, нам удалось избежать.

Сразу после отъезда из больницы мы с мужем начали делать рекомендованные профилактические массажи – каждый день утром и вечером на протяжении года тщательно разрабатывали детское тельце. Это было нелегким делом – малыш невыносимо кричал во время этих необходимых процедур; складывалось впечатление, что он не выносит даже прикосновений к себе, при том что у него, казалось бы, ничего не болело. Купание тоже вначале было непростой задачей, и только со временем малыш привык.

Все мы жили тогда в тревожном ожидании: ловили каждое

движение малыша, каждый взгляд или звук, чтобы как можно раньше заметить возможное нарушение – и вместе с тем ужасно боялись столкнуться с этим.

В двигательном развитии отклонений будто бы не было. Саша начал держать головку, перевернулся, сел и пополз в нужный срок или где-то около того. Однако крики продолжались и после трех месяцев, и после полугода давало о себе знать напряжение, которое, казалось, излучал мой маленький сын. Саша тогда напоминал пружинку, которая выстреливала, как только он просыпался, а потом долго и с усилием сжималась, когда я часами укладывала малыша спать (мне приходилось его придерживать рукой, как Ваньку-встаньку, ведь мой мальчуган совсем не умел расслабляться).

Когда Саше исполнилось 6 месяцев, мне удалось выйти на известного детского невропатолога и договориться об обследовании. Во время осмотра, когда врач проверяла реакции малыша, делала все необходимые манипуляции, ребенок, как всегда при таких процедурах, изо всех сил и непрестанно кричал. Когда я попросила извинения, что не могу, дескать, его успокоить, врач очень спокойно ответила, что это от меня ничуть не зависит, поскольку мой ребенок – невропат и с этим мне еще придется научиться жить. Я спросила, что же мне делать, и врач, пожав плечами, посоветовала: «Придерживаться режима дня. А еще должны быть мудрые родители. Но это очень тяжело и немногим удается». Предписание относительно режима дня я постаралась реализовать, и только с годами ощутила его благотворный результат. А вот относительно второго – не знаю. Теперь я думаю, что она имела в виду внимание к ребенку со стороны родителей, основанное на взаимном согласии, но как раз согласия, как мне кажется, нам часто не хватало. Поэтому не все удавалось.

С раннего возраста у Саши наблюдалась повышенная агрессивность и раздражительность. Каждый раз, требуя чего-то, он так визжал, что единственным спасением от этой пытки было как можно скорее дать ему то, чего он хотел. С одной стороны, не хотелось доводить его до состояния, когда он входил в раж и начиналась настоящая истерика, с другой – любые вариации на тему воспитания все равно заканчивались ничем. Малыш будто не понимал слова «нельзя». Притом Саша рос веселым и радушным мальчиком – только уж слишком нетерпеливым. Поэтому мне приходилось его буквально стеречь, ежеминутно и ежесекундно, чтобы он, не дай Бог, не воткнул ножницы в розетку, не обжег себе пальцы, не свалился в наполненную холодной водой ванную, не убежал на прогулке, не выпрыгнул с 8-го этажа и т. п.

Сказать, что я уставала – ничего не сказать. Вместе с постоянным недосыпанием (а Саша оказался жаворонком и уже в 6 утра был на ногах) и необходимостью все время концентрировать внимание на ребенке как-то вмиг отошли в прошлое все мои увлечения – друзья, общество, научные интересы, книги. Восстановиться не было возможности, я стала какой-то заторможенной, и это однажды чуть не обернулось трагедией. В возрасте года Саша в очередной раз обследовал кухню и каким-то образом добрался до самых дальних мешков с сахаром и мукой, за которыми нашел яд от тараканов и проглотил его. В то время я завтракала и параллельно читала книгу – надо сказать, я расслабилась, потому что таких минут в моем тогдашнем графике почти не бывало. Остатки съеденного на груди ребенка заметил мой свекор. К счастью, тогда все обошлось – своевременно вызвали «скорую», но страшно подумать, к каким последствиям могло бы привести мое переутомление.

После того случая я внутренне собралась, ведь я отвечала за жизнь сына. И хотя я всегда хотела, чтобы мальчик вырос смелым и отважным, но его отчаянность по-настоящему пугала меня – Саша не просто ничего не боялся, он был каким-то экстремалом, искал возможности испытать себя. В возрасте двух-трех лет он еще был ребенком «без тормозов». Со временем какие-то защитные механизмы все-таки начали действовать, но недостаточно и лишь спустя некоторое время после сигнала об опасности. Тогда же я постепенно начала понимать, что у Саши несколько смещенный механизм торможения – мальчик мог останавливать себя сам позднее, чем это было нужно, определенное время он еще двигался по инерции, и то, что со стороны казалось обычным ослушанием, было частично неконтролируемой реакцией его нервной системы.

Вот еще несколько характерных эпизодов из жизни сына.

Саше 2 года, он в гостях у бабушки в малознакомом ему галицком городке. Играем в песочнице с другими детьми. Вдруг, в один миг, Саша встает и идет куда глаза глядят. Позади, выдерживая безопасную дистанцию, за ним иду и я, но мальчик этого не знает, поскольку не оглядывается. На этот раз малыш обойдет добрых полгорода, пересечет две дороги, правильно будет шагать по тротуару – и уже другой дорогой возвратится на исходную позицию перед бабушкиным домом. А уже здесь громко разревется, увидев, что мамы нет (я все еще позади). Такой дар ориентирования в пространстве меня одновременно поражает, пугает и захватывает. Кто из моего малыша вырастет?

Саше 2,5 года. Это не ребенок, а настоящий тайфун и для

мамы с отцом, и для бабушек и дедушек. Поскольку ребенок обходится всего шестью словами, а жестикуляцию в совершенстве понимает лишь мама, которой сейчас здесь, в доме у бабушки, нет, – общение с внуком превращается в настоящий кошмар. Мальчик бунтует, неудовольствие показывает проверенным способом – устраивает громкие истерики. Чтобы покормить нашего крикуна, приходится отвлекать его внимание, для чего устраиваются настоящие цирковые представления.

Саше 3 года. В это время мой сын начинает замечать маму, на что до сих пор элементарно не имел времени. Саша силится показать мне всю любовь и нежность, на которую только способен. Это, наверное, один из самых счастливых моментов моей жизни. Я ощутила, что мой сын любит и принимает меня. Он старается быть послушным как только может, по-детски стремится мне угодить.

Саше 3,5 года. Ура! Мы заговорили! Я выношу Сашу из ванной комнаты и, вытирая, приговариваю: «Какой наш Сашок? Босой и голый!» (и так 20 раз), после чего мой парень наконец начинает издавать звуки, подозрительно похожие на вышесказанное с точной моей интонацией. Только тогда нас всех отпустило: ребенок будет говорить, а значит, с его развитием все будет хорошо.

Дома Сашок ведет себя будто мячик пинг-понга: бегает и прыгает все время, когда не спит. Шустрый, полный жизни, он, как обезьяна, умудряется одолеть и освоить поверхности, которые вроде напрочь непригодны для человека. Иногда кажется, что и сила тяготения беспомощна перед Сашиной энергией. Наверное, мало какая семья вынуждена так часто менять и ремонтировать мебель, как наша: к сожалению, диваны, полочки и столы совершенно не рассчитаны на такие пробивные коленки и локти, как у нашего сына.

Прогулки у нас происходят несколько специфично: ребенок, только научившись ходить (точнее, сразу бегать), раз и навсегда вырвал свою руку из моей, и когда мы гуляли, он не шел рядом, как преимущественно ходят дети, а наматывал круги радиусом около 30–50 м, периодически пробегая мимо меня с индейскими возгласами и отпугивая случайных прохожих. Уже устав бояться за ребенка, я положилась на волю Божью, и ходила себе спокойно с Сашей везде, куда было нужно.

Однажды с нами за компанию пошла моя мама и, придя в ужас от увиденного, отругала меня за то, что я не слежу за сыном. Тогда она взялась присматривать за внуком… до тех пор, пока за неполных 10 минут беспрерывных и безуспешных окликов не сорвала свой тренированный учительский голос.

Детский сад. Впервые мы отдали Сашу в детский сад в 2 года 3 месяца – и я сейчас думаю, что этого не следовало делать. Во-первых, малыш сразу начал болеть; во-вторых, он, наверное, еще психологически не дозрел до садика, – так как мало играл с детьми и выглядел каким-то хмурым и «замороженным». Вторая попытка в три с половиной года оказалась более удачной – хотя садик ребенок так и не полюбил, несмотря на присущую ему общительность. Теперь я думаю, что Саша просто был сильно привязан ко мне и ему меня постоянно не хватало – хотя мы достаточно были дома вместе, этого ему было мало. Интересная вещь: хотя мой сын всяческими способами всегда стремился привлечь к себе внимание, детские утренники он никогда особенно не любил и не горел желанием выступить. Было бы любопытно узнать: а как будет, когда Саша вырастет?

Школа. Возможно, если бы мы отдали Сашу в школу в 7, а не в 6 лет, как это принято сегодня, нам удалось бы избежать некоторых трудностей и проблем. Сейчас это кажется смешным, но на решение отдать ребенка в школу в 6 лет существенным образом повлиял тот факт, что предварительно Саша посещал «Орешек», так называемую подготовительную школу, и мы как родители думали, что сделали все возможное, чтобы облегчить сыну начало школьной жизни.

Сейчас Саша в третьем классе, и, кажется, это первый год, когда я смогла вздохнуть свободнее. Предыдущие два года пошли на адаптацию, приобретение навыков жизни в коллективе, а вот что удалось усвоить из изученного материала – вопрос отдельный и не последний. Какое-то время я очень удивлялась, что ребенок, возвратившись из школы, ничего из изученного не помнит, и нам приходилось все заново проходить во время выполнения домашних заданий. Это было трудно, поскольку оказалось, что ребенок совсем не умеет концентрировать внимание и сосредоточиваться. Ежеминутные отвлечения на тысячу предметов вне уроков делали невозможным любое нормальное занятие. Хотелось поскорее закончить, выпустить ребенка во двор и не мучить ни себя, ни его. Я много занималась с сыном, тем не менее результата не было, мне казалось, что усилия идут в песок.

Понятно, что Сашина «школьная наука» бурно-возмущенно воспринималась его учительницей. Она долго думала, что родители пустили этого ребенка на самотек и только делают вид, что работают с ним. И, выслушивая однажды ее многочисленные жалобы, я оговорилась, что Саша и дома неудобный ребенок; что мне делать, если такой уж удался. Как-то мгновенно наша Оксана Николаевна оценила всю «радость» такой совместной жизни, тихо сказав: «Ну что же, детей не выбирают», и с того времени начала

относиться ко мне по-иному, с сочувствием.

Однажды учительница посоветовала мне перевести Сашу в другой класс, «потому что это “английский” класс, очень много одаренных и сильных детей. А ваш мальчик слабенький и не успевает, дети над ним подсмеиваются, может, в другом классе у него оценки будут выше». Я тогда возразила, что достаточное количество уроков английского само по себе навредить не может и оценки меня особенно не волнуют, однако призадумалась. Сам Саша переходить в другой класс не хотел – ему нравилось в своем, хотя сам говорил мне, что над ним дети смеются, и было сложно определить, обижает это его или даже немного нравится. Думаю, Саша представляет себя в роли классного «клоуна», паяца, и я не вижу в этом чего-то особенно плохого, может потому, что когда-то и мне, записной отличнице, очень хотелось посмешить всех, но я должна была сдерживаться «по статусу».

Я быстро поняла, что система обучения в нашей школе не рассчитана на таких детей, как мой сын, и поставила перед собой цель заинтересовать ребенка познанием мира и открытием нового – неважно, в какой форме. А дальше, если Саше будет интересно, он сможет развиваться и сам, что-то читая, исследуя. Поэтому начали с чтения.

Здесь главное было – не отступить, поскольку сначала Саша ответил несогласием со всеми моими планами и всячески уклонялся от обязательного ежедневного чтения 2—3-страничного рассказа на каникулах. Я специально выбрала книгу хорошую, смешную и интересную и с небольшими главами: «Маленький Водяной» Отфрида Пройслера. А после прочтения невзначай, при случае, разговаривала с Сашей о приключениях персонажей, спрашивала, что понравилось, что смешно. Конечно, не раз приходилось и принуждать, и обещать какую-то немедленную награду – в ход шли все возможные способы побуждения-поощрения. Я сама не люблю читать вслух, а потому понемногу подводила сына к чтению «про себя». На все про все у нас ушло целое лето. Однако… после первого «принудительного» чтения Саша уже самостоятельно прочитал книгу осенью вторично, а зимой посыпались бесчисленные «Гарри Поттеры». В силовом поле «Поттерианы» Саша находился довольно долго (здесь сыграли свою роль, наряду с книгами, фильмы и компьютерные игры – образовалась своеобразная интерактивная среда, в которую был вовлечен ребенок), даже и сейчас иногда туда заглядывает, но, кажется, нашел и альтернативу. Это многочисленные «Незнайки» Н. Носова, «Робинзон Крузо» Д. Дефо, «Тореадоры из Васюковки» В. Нестайка, интересные детские энциклопедии о животных, растениях, искусстве из серии

«Что? Как? Почему?» и т. п. Сегодня Саша читает много, и я вижу, что это приносит ему радость.

Что-то подобное мы делали и с математикой. Об этом больше может сказать моя мама, которая, 40 лет проработав в школе, жаловалась, что такого «легкого» ученика, как ее внучек, у нее еще не было. Саше было тяжело понять, что в математике есть только один точный результат; что большее число нужно делить на меньше, а не наоборот; что вычитать от меньшего числа большее в арифметике не допускается. Впрочем, я тайком радуюсь, так как думаю, что с Сашиными «предположениями» ему будет легче со временем в более сложной математике, где существуют и тысячные дроби, и отрицательные числа. Увидим. А пока что у нас есть книга занимательной математики «В стране размышлений», которую сын часто листает, что-то для себя отыскивая.

Вообще Саша – настоящий экспериментатор. Его необычайно привлекает возможность сделать что-то своими руками, что-то проверить, смастерить и т. п. Он вмиг загорается, но быстро и остывает. Я думаю, он вырастет изобретателем. Как-то я задумалась над тем, что мой непоседливый Саша научил меня многим вещам, до которых я сама точно не додумалась бы: устроить вечеринку на балконе; посостязаться как рыцари; поиграть в подушечный волейбол; построить действующую модель вулкана и показывать ее всем знакомым и в школе; склеить космический скафандр из папье-маше и разрисовать его; сделать песочные часы; устроить из клеенки плащ Бэтмена, смастерить повязку-очки Черепашки-ниндзя, нарисовать знак Гарри Поттера и еще много чего.

Мне кажется, что в определенной мере мы реализуемся в жизни такими, какими нас видят наши родители. И в любом случае их оценка важна для нас. В наших отношениях с Сашей бывало по-разному: то я впадала в отчаяние, представляя, что может вырасти из этого малолетнего хулигана и истерика; то питала надежду, что более высокие и сильные побеги дадут именно хорошие черты моего сына. Перелом состоялся, когда я утвердилась в мысли, что мой Саша хороший и способный, очень способный мальчик, просто он нестандартный и не очень вписывается в существующую, достаточно узкую, по моим представлениям, систему определений. Допускаю, мое убеждение повлияло каким-то образом и на Сашу, так как с того времени дела существенно пошли на лад.

Одной из серьезных проблем до последнего времени были периодические истерики. Со временем они стали реже, от нескольких в день (в 3 года) до 1–2 в неделю; и все равно, эти

ужасно утомительные «события» отнюдь не украшали семейную жизнь. К счастью, наш всегда занятый на работе отец не часто был их свидетелем, а мне перепадало. Возможно, с такой проблемой чаще сталкиваются родители, которые, как я, имели хлопоты с ребенком при рождении и подозревают наличие какой-то болезни. Ребенок же в таких случаях очень быстро учится манипулировать страхом своих близких и использует его в своих целях. Я понимала, что в определенном смысле оказалась заложницей собственных страхов, но вырваться из заколдованного круга своими силами не могла. Мы обратились с этой проблемой в УРЦ «Джерело», где нам предоставили возможность посещать семинары по поведенческому руководству для родителей гиперактивных детей. Мы работаем с Сашей по методике центра уже месяц, и сейчас есть первые результаты, которые вселяют в меня оптимизм. Мы учимся больше хвалить и поощрять сына, ввели «меню наград» и систему баллов, и по всему видно, что такой игровой «воспитательный процесс» нравится Саше куда больше, чем прежний. Крика и шума в доме стало заметно меньше, а мама радуется сохраненным нервам.

* * *

С того времени, когда я писала вышеприведенные заметки, прошло немногим больше года. В нашей жизни произошло немало изменений. Как ни удивительно, мы почти забыли о Сашиных истериках. Я сменила специальность и теперь занимаюсь вопросами образования, среди других – вопросом эффективности образования в современных условиях. Этот год прошел для нас, можно сказать, под знаком СДВГ. Я, а вслед за мной и наша семья открывали для себя существующий инструментарий поведенческого руководства и постепенно овладевали им.

Первое и самое главное, что подверглось изменению – это наше родительское отношение к мальчику, в которое постепенно и незаметно вошли понимание ограничений ребенка и снисходительность к неизбежным ошибкам; вера в Сашу и стремление поддержать, помочь в преодолении трудностей; будто сам собой в семье упрочился положительно-нейтральный микроклимат, в котором наш сын буквально расцвел, а с ним и все мы. Хорошей привычкой для меня стала почти рефлекторная потребность хвалить и ободрять Сашу – за дело, и оказалось, что это нужно нашей семье как воздух.

Со временем я ощутила, как это важно и ценно –

поддерживать и любить, где-то прощая, где-то «недозамечая» – и не только для Саши, а для каждого из нас, таких суровых и беспощадных к себе и своим ближним. Это изменило мои представления о мире, я теперь вижу, как всем нам не хватает счастья и как мало для его достижения нужно – всего лишь немного терпения и бережности в отношении друг к другу – качеств, которые до сих пор совсем не казались мне определяющими в понятии жизненного успеха (трансформировалось и само представление об успехе).

Также я увидела, в какой мере наше общество не принимает во внимание, фактически игнорирует своих сограждан с их специфическими особенностями. Ведь детей и взрослых с СДВГ много – они есть в каждом классе, дворе, коллективе. Между тем наша давно устаревшая образовательная система непробиваемо слепа и глуха к нуждам и интересам таких детей: их, преимущественно тактильников и кинестетиков, заставляют часами неподвижно сидеть за партами, воспринимать информацию в основном на слух, а при подаче учебного материала большей частью в логически-аналитических связях – лишают возможности включить фантазию, привлечь мощный творческий потенциал. Все, что могут эти особые дети подарить миру – искренность и непосредственность, активную деятельность, нестандартность в подходах, энергичность и скорость – оказывается ненужным и неинтересным сначала нашей школе, а потом и выращенному ею обществу. А по-моему, нет ничего худшего в жизни, чем ощущение своей ненужности, никчемности, невозможности хотя бы что-то в таком состоянии вещей изменить. Сколько я знаю людей, которые просто потухли! Потухли еще детьми, с раннего возраста потеряв желание и любовь к жизни, и теперь бредут по жизненной дороге по инерции.

Наши дети с СДВГ нуждаются в специфических подходах в обучении, воспитании, в жизни в конце концов. Они нуждаются в постоянных наших усилиях, и как же это тяжело! Знаю по себе. Однако все эти специальные меры, несмотря на то, что они требуют немалых усилий: выработки навыков и тренировки, с точки зрения здравого смысла они мудры и целесообразны. Это касается не только гиперактивных детей – всем без исключения нужна «минута персонального внимания», зрительный контакт, искренняя похвала и теплое прикосновение (вспомним, уважаемые, когда мы давали все это своему ребенку в последний раз). А каким же интересным и эффективным может стать обучение, если в его основе будет лежать предметная деятельность, работа в маленьких группах, экспериментирование

и поощрение детей к высказыванию собственных мыслей и умение делать выбор!

Сама жизнь призывает нас изменять подходы – изменять стандарты, изменять видение. Если мы хотим видеть наших детей счастливыми, а их (и свою!) жизнь полной и яркой, мы должны вводить эти стандарты – пусть сначала в своем кругу, в семье, в классе. Со временем мы выйдем и на более широкие круги. Тем более что эти новые правила придают живости и содержания, осмысления и ценности росту всех без исключения детишек – и с СДВГ, и без СДВГ, с тысячей других недостатков и достоинств.

Наталья Тодчук

Послесловие

С момента появления на экранах мультфильма о Пете Пяточкине прошло немало лет. Где он теперь, Петя? Кем вырос? Как живет? Возможно, стал исследователем Африки, дрессировщиком в цирке, автогонщиком? Возможно, водит уже своих (кто знает, не гиперактивных ли?) детей в детский сад и вспоминает, как это было, когда он сам был маленьким? Хочется надеяться, что судьба Пети сложилась хорошо. Впрочем, может, этот добрый, милый мальчуган где-то заблудился на жизненных дорогах? Может, не всегда его окружали пониманием близкие, может, познал он отвержение и грусть одиночества, озлобился или замкнулся в себе – и сейчас несчастлив и одинок?.. Может, во взрослом господине Петре Пяточкине уже нет того доброжелательного и искреннего Пети?.. Может, жизнь его состоялась совсем не так, как могла бы?..

Конечно, все это лишь фантазии о виртуальном Пете. А вот в ежедневной клинической практике сталкиваешься с жизненными драмами реальных детей с СДВГ. И сколько их на самом деле – этих детей, родителей, сколько неповторимых жизненных путей и историй… Какой будет их судьба? И как сегодня мы можем помочь им? Именно на этих вопросах была сфокусирована книга – ведь от того, насколько мы как общество сможем понять особые потребности этих детей и помочь им, зависит очень много…

Без сомнения, признаком любого здорового общества является забота о детях, особенно о тех, которые отличаются от сверстников. Мы постепенно осознаем, как много детей в нашем обществе страдают. Дети-сироты, дети из неблагополучных семей, дети, переживающие физическое, эмоциональное, сексуальное насилие, дети с тяжелыми заболеваниями и разными формами отклонений… Этим детям необходимо помочь. И так обнадеживающе замечать пусть иногда и непродуманные, несовершенные, но все-таки попытки на уровне политики государства изменить что-то в судьбе этих детей к лучшему.

Дети с СДВГ тоже страдают, однако мы еще очень мало знаем об их невидимом ограничении и том негативном опыте, которого в их жизни так много. За их двигательной гиперактивностью мы можем не разглядеть, не ощутить их впечатлительности, ранимости, более того – мы сами добавляем им боли обвинением, осуждением, отторжением. Драма их жизни начинается с тех «маленьких» взаимодействий, где вместо понимания они находят неприятие, вместо поддержки – отвержение. Два похожих вопроса, адресованных мамам, услышал автор недавно на

консультации от мальчиков-первоклассников с СДВГ. «Мама, почему со мной никто не хочет дружить?» «Мама, для чего в школе перемены? Лучше бы их не было – со мной никто не хочет играть…» А вот одно замечание в дневнике: «Мама мальчика Н. просила передать вам, чтобы вы запретили своему сыну дружить с ее ребенком, так как, по ее мнению, ваш сын психопат и ему место в психбольнице…»

Какой ответ можно дать этим двум мальчишкам? Что сказать их матерям? Как объяснить детям, что мир может не только отторгать их, но и понимать, поддерживать, верить в них, в их способность вырасти добрыми, мудрыми людьми? Очевидно, что это невозможно сделать лишь словами – нужны действия, нужен другой опыт отношений. А это уже выходит за рамки терапевтических мероприятий.

Многие детей с СДВГ страдают из-за того, что их воспринимают «плохими». Одной из главных задач этой книги было показать, что за «плохим» поведением детей с СДВГ чаще всего стоят не их злая воля и дурное намерение, а расстройство самоконтроля. Не понимая этого, мы, взрослые, можем необдуманно больно ранить детей. Именно от этого более всего они страдают. Когда у ребенка на душе плохо, он проявляет это по-разному. «Дети, которые более всего нуждаются в любви, порой проявляют эту потребность далеко не нежным способом» ***(Barkley,*** 1995. С. 5). За многими проявлениями агрессии детей с СДВГ кроется не только расстройство импульс-контроля, но и боль отвержения. Поймем ли мы это, почувствуем ли потребность в любви и понимании, сможем ли ответить таким образом, чтобы разорвать круг злости, мести и противостояния, чтобы создать пространство для любви? От этого зависит очень много, весь дальнейший жизненный путь ребенка с СДВГ: либо это будет дорога возрастающего уныния и антисоциальности, либо дорога развития, творчества и любви. От этого зависит в конце концов и будущее семьи, будущее нашего общества.

СДВГ – особое расстройство. Оно может быть лишь особенностью ребенка, но может стать и катализатором серьезных жизненных проблем. Трудно даже сказать, при каких еще расстройствах так выразительно ощущается особый вес и значение своевременных, ранних вмешательств. Компетентная помощь детям с СДВГ и их семьям уже в раннем возрасте может радикально изменить сценарий их жизни к лучшему, предупредить развитие вторичных осложнений и проблем. Возможно, именно поэтому в последнее время так много внимания в сфере СДВГ сосредоточено на проблеме выявления расстройства в дошкольном возрасте и предоставлении

эффективной помощи на этом возрастном этапе.

Впрочем, Украине еще предстоит пройти долгий путь. В целом уровень знаний об СДВГ и в обществе, и среди специалистов в частности остается очень низким. Соответственно низким остается и осознание страданий детей с этим расстройством, трудностей, с которыми сталкиваются их семьи, да и вообще социальной значимости этой проблемы. Не стоит говорить и о том, что уровень помощи детям с СДВГ еще очень далек до международных стандартов и преобладающая часть детей не получает надлежащей помощи. Предстоит большая работа. И очень важно в этой работе отойти от эмоциональных, заполитизированных лозунгов, основанных на мифах и предубеждениях и перейти к партнерскому объединению усилий, к просвещению общества, к реформам в системе охраны психического здоровья и образования. Украина нуждается в национальной программе в сфере СДВГ, да и вообще в сфере охраны психического здоровья семьи и ребенка. Недооценка важности этой сферы равна социальной недальновидности. Серьезные социальные проблемы украинского общества – алкоголизм, агрессивное и антисоциальное поведение, распространенность психической патологии в зрелом возрасте, кризис семьи, кризис межчеловеческих отношений – имеют свои корни в проблематике психического здоровья детей и подростков. И, наверное, если река загрязнена, то самым мудрым решением будет бороться с причиной загрязнения, строить очистительные сооружения у истоков, а не в устье (хотя и там они тоже нужны). Поэтому и сфера охраны психического здоровья семьи и ребенка нуждается в больших государственных инвестициях, она должна быть действительно реформированной, обновленной; должна работать, основываясь на современных принципах семейно-центрированного мультидисциплинарного командного подхода, на биопсихосоциальной модели, на четких этических нормах. Инвестирование в сферу охраны психического здоровья детей и подростков позволяет предупреждать много психологических и социальных проблем зрелого возраста – а потому будущее именно за такой превентивной ориентацией…

Внедрение современных подходов требует реформирования всей системы, инвестиций, которые бы способствовали распространению современных знаний, обучению специалистов, внедрению новой, преимущественно амбулаторно-ориентированной и интегрированной в локальные общины системы охраны психического здоровья семьи и ребенка, реализуемой мультидисциплинарными командами специалистов.

Опыт работы автора в составе команды специалистов в

негосударственном благотворительном учебно-реабилитационном центре «Джерело» во Львове убеждает в возможности и необходимости внедрения современных европейских стандартов помощи детям с разными формами нарушений развития. Конечно, не все нужно слепо переносить и копировать, нет смысла отказываться от ценных достижений отечественной науки, нужно в конце концов иметь определенное мужество создавать что-то новое, оригинальное в ответ на вызов действительности. Впрочем, наш опыт работы с детьми с СДВГ свидетельствует о том, что при условии соблюдения требований к реализации современных западных протоколов помощи они эффективно работают. В львовских школах мы наблюдали открытость педагогов, их желание вводить новые подходы, чтобы помочь детям – и эти подходы также работают. Мы действительно верим, что мудрыми общими усилиями можем многое изменить к лучшему…

Необходимо также налаживать партнерские отношения между родителями и специалистами. А это новая парадигма работы как в медицине, так и в педагогике, и в социальной работе. От взаимоотношений, в которых специалисты являются главными, единственными экспертами, а родителям остается лишь «конспектировать и воплощать» указания первых, важно перейти к равноправному партнерству, где за родителями в такой же мере закреплена роль экспертов, где признается, что родители являются главными людьми в жизни ребенка, а потому роль специалистов – скорее помогать им и поддерживать их, а не доминировать над ними или «лечить» их как основную причину всех проблем ребенка. Выстроить такие отношения, удержать нить уважения и взаимного доверия – это тонкая работа, которая требует не просто навыков, а искусства общения… Только на основе такого партнерства могут быть реализованы те принципы помощи, о которых говорилось в этой книге.

СДВГ, как и вся психиатрия, окружен множеством мифов. Из-за недостатка информации и ограниченности доступа к современной литературе и другим источникам знаний эти мифы «расцветают пышным цветом» – и тогда для помощи детям с СДВГ начинают применять самые удивительные методы, не имеющие ничего общего с наукой. Надеемся, что вскоре такое свободное экспериментирование на детях будет остановлено не только внедрением рекомендованных терапевтических протоколов, но и возможностями юридической защиты прав клиентов. На протяжении всей книги подчеркивалась необходимость научного подхода в этой сфере, где важно осознавать цену и возможные последствия каждого вмешательства. А потому необходимо,

чтобы медицина переходила на доказательную базу и стала способной защитить потребности пациентов и обеспечить действительно эффективные терапевтические меры.

Один из главных симптомов СДВГ – невозможность руководить собственным поведением, а, следовательно, можно сказать, и собственной жизнью, собственной судьбой. Как водитель, который еще не научился управлять автомобилем, – ребенок с СДВГ живет в мире повторяющихся «аварий» и инцидентов, оказывается совсем не там, куда направлялся, провоцирует то, чего совсем не хотел… Еще раз напомним: СДВГ – это не просто «доброкачественная» гиперактивность, это прежде всего расстройство психологического развития, которое при определенных обстоятельствах приводит к значительным жизненным осложнениям. В результате у человека не складывается судьба – жизнь его может стать сплошным рядом катастроф… Надо знать это, но не для того, чтобы строить пессимистические прогнозы, а чтобы мотивировать нас к помощи. То, что дети не могут полноценно управлять собой – это не их вина. Но это наша ответственность – быть рядом с такими детьми на жизненном пути, чтобы помочь «вырулить» на жизненных перекрестках и с минимальными потерями продвигаться в направлении, которое ведет к самореализации и любви – чтобы их жизнь все-таки смогла ***состояться*** в глубочайшем смысле этого слова…

Львов, 4 марта 2007 года

Приложения

Приложение 1

Образец опросника для родителей по симптоматике СДВГ
(модификация на основе диагностических критериев DSM-IV и шкалы «NICHQ Vanderbilt»)

Дата: ____ Имя и фамилия ребенка:_____

Инструкция: Пожалуйста, оцените поведение ребенка с помощью приведенного ниже опросника. При оценивании ориентируйтесь на наиболее типичное поведение ребенка на протяжении последних шести месяцев по сравнению с типичным поведением ровесников.

	Симптомы	Никогда	Редко	Часто	Очень часто
1.	Не сосредоточивается на деталях, делает неумышленные ошибки в письменных заданиях	0	1	2	3
2.	Испытывает трудности при выполнении заданий, требующих продолжительного сосредоточения внимания	0	1	2	3
3.	Часто не слушает, когда к нему обращаются	0	1	2	3
4.	Не придерживается указаний и не выполняет до конца данные поручения и задания (однако не из-за намеренного отказа или непонимания задания)	0	1	2	3
5.	Имеет проблемы с организацией деятельности и заданий	0	1	2	3
6.	Избегает, не любит или неохотно соглашается выполнять задания, требующие продолжительного сосредоточения внимания	0	1	2	3
7.	Теряет вещи, необходимые для выполнения задания или другой деятельности (игрушки, карандаши, книги и т.д.)	0	1	2	3

8.	Легко отвлекается на посторонние раздражители	0	1	2	3
9.	Забывчивый в повседневной деятельности	0	1	2	3
10.	Суетливо двигает руками или ногами, постоянно находится в движении (даже когда сидит)	0	1	2	3
11.	Встает со стула во время урока или в другой ситуации, когда требуется сидеть	0	1	2	3
12.	Бегает вокруг, везде залезает, в ситуациях, когда требуется оставаться на одном месте	0	1	2	3
13.	Не умеет тихо, спокойно играть	0	1	2	3
14.	Действует словно «заведенный» — как игрушка с включенным внутренним «моторчиком»	0	1	2	3
15.	Много говорит	0	1	2	3
16.	Отвечает, не дослушав до конца вопрос	0	1	2	3
17.	Не может дождаться своей очереди	0	1	2	3
18.	Перебивает других, вмешивается в разговор/ занятие других людей	0	1	2	3

	Успешность в разных сферах жизни	**Очень хорошо**	**Хорошо**	**Посредственно**	**Временами с трудностями**	**Значительные трудности**
1.	Общая оценка успеваемости в школе	1	2	3	4	5
2.	Чтение	1	2	3	4	5
3.	Письмо	1	2	3	4	5
4.	Математика	1	2	3	4	5
5.	Отношения с родителями	1	2	3	4	5
6.	Взаимоотношения с братьями/сестрами	1	2	3	4	5
7.	Отношения с ровесниками	1	2	3	4	5
8.	Участие в общих/командных играх и другой групповой деятельности	1	2	3	4	5
9.	Самоорганизованность	1	2	3	4	5
10.	Выполнение указаний/ соблюдение правил	1	2	3	4	5

Приложение 2

Образец опросника для учителей по симптоматике СДВГ
(модификация на основе диагностических критериев DSM-IV и шкалы «NICHQ Vanderbilt»)

Дата: ___ Имя и фамилия ребенка:_____
Имя и фамилия учителя, который заполнял опросник:_____
_____
Должность учителя (преподаватель определенного предмета, классный руководитель, другое):_____

Инструкция: Пожалуйста, оцените поведение ребенка с помощью нижеприведенного опросника. При оценивании ориентируйтесь на наиболее типичное поведение ребенка на протяжении последних шести месяцев по сравнению с типичным поведением ровесников.

	Симптомы	Никогда	Редко	Часто	Очень часто
1.	Не сосредоточивается на деталях, делает неумышленные ошибки в письменных заданиях	0	1	2	3
2.	Испытывает трудности при выполнении заданий, требующих продолжительного сосредоточения внимания	0	1	2	3
3.	Часто не слушает, когда к нему обращаются	0	1	2	3
4.	Не придерживается указаний и не выполняет до конца данные поручения и задания (однако не из-за намеренного отказа или непонимания задания)	0	1	2	3
5.	Имеет проблемы с организацией деятельности и заданий	0	1	2	3
6.	Избегает, не любит или неохотно соглашается выполнять задания, требующие продолжительного сосредоточения внимания	0	1	2	3
7.	Теряет вещи, необходимые для выполнения задания или другой деятельности (игрушки, карандаши, книги и т.д.)	0	1	2	3

8.	Легко отвлекается на посторонние раздражители	0	1	2	3
9.	Забывчивый в повседневной деятельности	0	1	2	3
10.	Суетливо двигает руками или ногами, постоянно находится в движении (даже когда сидит)	0	1	2	3
11.	Встает со стула во время урока или в другой ситуации, когда требуется сидеть	0	1	2	3
12.	Бегает вокруг, везде залезает, в ситуациях, когда требуется оставаться на одном месте	0	1	2	3
13.	Не умеет тихо, спокойно играть	0	1	2	3
14.	Действует словно «заведенный» — как игрушка с включенным внутренним «моторчиком»	0	1	2	3
15.	Много говорит	0	1	2	3
16.	Отвечает, не дослушав до конца вопрос	0	1	2	3
17.	Не может дождаться своей очереди	0	1	2	3
18.	Перебивает других, вмешивается в разговор/занятие других людей	0	1	2	3

	Успешность в разных сферах жизни	**Очень хорошо**	**Хорошо**	**Посредственно**	**Иногда с трудностями**	**Значительные трудности**
1.	Общая оценка успеваемости в школе	1	2	3	4	5
2.	Чтение	1	2	3	4	5
3.	Письмо	1	2	3	4	5
4.	Математика	1	2	3	4	5
5.	Выполнение указаний учителя	1	2	3	4	5
6.	Поведение на уроке	1	2	3	4	5
7.	Отношения с одноклассниками	1	2	3	4	5
8.	Самоорганизованность	1	2	3	4	5

Приложение 3

Образец памяток для детей и для родителей по развитию навыков решения проблем

Памятка для родителей

Помогайте своим детям учиться самостоятельно и мудро решать свои проблемы!

Многие дети с поведенческими проблемами действуют импульсивно, не думая. Поэтому для них чрезвычайно важным жизненным навыком является умение остановиться, прежде чем действовать, подумать над наилучшим путем решения проблемной ситуации, и только тогда действовать. От умения решать проблемы действительно зависит будущее вашего ребенка, поэтому очень важно помочь ему развить этот навык. И никто лучше чем родители, не может помочь ему научиться этому!

Что нужно для этого сделать?

• Каждый раз, когда ребенок сталкивается с определенной проблемой, напомните ему 5-шаговый алгоритм действий и поддержите в том, чтобы он самостоятельно нашел и применил наилучший способ решения проблемы.

• Поощряйте ребенка, когда он применяет правило «Остановись-подумай-действуй» для решения разных проблемных ситуаций.

• Используйте каждую возможность, чтобы применять на практике этот навык решения проблем.

• Будьте образцом и моделью для ребенка в решении проблем.

• Помните, что ребенку нужно много времени и практики, чтобы усвоить новый навык и хорошо овладеть им. Не отчаивайтесь из-за неудач, будьте последовательным и любящим тренером в развитии этого навыка у вашего ребенка!

Успеха вам и вашему ребенку!

Памятка для детей

Золотое правило

ОСТАНОВИСЬ-ПОДУМАЙ-ДЕЙСТВУЙ!

1. Когда сталкиваешься с трудностью – остановись и проанализируй проблему.

2. Подумай, какими могут быть разные пути решения проблемы и каковы положительные и отрицательные стороны и последствия выбора каждого из них.

3. Выбери тот способ действий, который считаешь наилучшим.

4. Действуй.

5. Если не удастся достичь желаемого результата – не отчаивайся, а выбирай запасной вариант.

Успехов!

Приложение 4

Протокол применения «тайм-аута»
(модифицировано по ***Barkley,*** 1997 b)

• Суть тайм-аута состоит во временной изоляции ребенка от среды, где быть интересно и приятно, в месте, где нет никаких возможностей для развлечений. Только тогда тайм-аут действует. Этот прием не срабатывает, если ребенка отправить в угол вместо того, чтобы он делал уроки или в его комнату, где много игрушек и т. п. Вместе с тем место тайм-аута не должно пугать ребенка или вызывать у него чувство унижения. Поэтому нельзя применять изоляцию ребенка под ключ в комнате или в темном помещении, где ему страшно. Тайм-аут не должен пугать ребенка или унижать, но он должен быть нежелательным, своего рода «потерянным временем».

• Ребенок должен заранее понимать процедуру таймаута. Обычно она применяется в возрасте 2—10 лет, а соответственно, большинству детей этого возраста можно объяснить ее на примере тайм-аута в хоккее, или красной карточки в футболе, или штрафплощад-ки для автомобилей. Важно, чтобы ребенок понимал, что цель тайм-аута воспитательная, вы хотите научить его «играть по правилам», а потому из любви к нему помогаете ему научиться контролировать себя, чтобы быть в состоянии придерживаться правил.

• Идеальное место для тайм-аута – это стул возле стены или в углу, где нет поблизости никаких развлечений. Важно, чтобы место было безопасное и не страшное. Важно также, чтобы во время тайм-аута с ребенком никто не разговаривал, не развлекал его, не «отчитывал» и т. п. Альтернативой стулу может быть кровать или комната (но в последнем случае важно, чтобы она была «стерильной» в плане возможности развлекаться). На игровых площадках или в общественных местах местом для тайм-аута может быть скамейка (желательно тоже повернутая в сторону, где мало интересного), просто место возле стены или в коридоре, заднее сиденье в автомобиле. Для подростков тайм-аут обычно состоит в домашнем аресте за серьезные поведенческие нарушения. В таком случае обычно происходит лишение и всех домашних привилегий: телевизора, компьютера, телефона и т. д.

• Продолжительность тайм-аута: 1–2 минуты, умноженные на возраст ребенка.

• Важно, чтобы мама и папа были единомышленниками в применении тайм-аута.

Важны последовательность и твердость: ребенок должен

сознавать, что есть правила и их надо придерживаться. Нарушение правил ведет к предсказуемым отрицательным последствиям. Это можно объяснить ребенку на примере правил дорожного движения – они существуют для общей безопасности и удобства. Старшим детям можно объяснить и на примере политических систем демократии, авторитаризма и анархии.

• Начинать процедуру внедрения тайм-аута обычно рекомендуется с одного-двух подвидов проблемного поведения (например, бросание игрушками в родных, отказ убирать игрушки и т. п.). Важно быть готовыми к тому, что в начале внедрения тайм-аута поведение ребенка может ухудшиться – он подвергает испытанию установленные родителями рамки «на прочность» – и не сдаваться.

• Если тайм-аут вводится за отказ выполнять указание, то после первого раза игнорирования указания оно повторяется еще раз с предупреждением, что в случае отказа его выполнения ребенок пойдет в угол – и тогда вы считаете вслух «3–2—1». Если ребенок по-прежнему не реагирует, тогда твердо, решительно, но без грубости и насилия ведем ребенка в угол и объясняем, что он будет здесь, пока ему не будет разрешено выйти. Старшим детям можно назвать количество минут, установить таймер.

• Если тайм-аут вводится за нарушение установленного правила (например, нельзя бросаться игрушками в родных – конечно, речь идет не об игровой ситуации), то тогда ребенок отводится в угол сразу после проступка без предупреждения, поскольку ребенку раньше было объяснено, что этого делать нельзя и за это он будет помещен в угол.

• Когда ребенок находится в углу, важно следить за ним, чтобы он самовольно из него не вышел, но при этом важно не разговаривать с ребенком.

• Если время тайм-аута закончилось, при условии, что ребенок спокойно ведет себя (если ребенок кричит или бьет ногой в стену, важно не подходить, пока он не успокоится, так как иначе у него может сложиться ошибочное впечатление, что таким поведением можно ускорить выход из тайм-аута), нужно подойти к ребенку и спросить, готов ли он теперь выполнить указание/не нарушать больше установленное правило. Если да, дать разрешение покинуть угол, если нет – продлить пребывание в тайм-ауте еще на один период.

• Когда ребенок вышел из угла, при ближайшей возможности, когда он сделает что-то хорошее, важно похвалить его, чтобы он ощутил, что отношения не пострадали и что его проступок не означает, что на него обижаются, сердятся и т. п.

• Если ребенок отказывается идти в угол, оказывает

физическое сопротивление, ведет себя агрессивно в ответ на попытку отвести его в угол – важно не применять грубую силу, но твердо и спокойно предупредить, что если он добровольно не пойдет в угол, его ждет штраф (например, потеря определенной ощутимой суммы баллов при применении балльной системы) или потеря ценной для ребенка привилегии (например, целый день без мультфильмов).

• Если ребенок покидает угол без разрешения, его нужно возвратить и предупредить, что теперь он будет находиться там несколько дольше (и назвать количество добавленных минут). Другим вариантом может быть применение балльного штрафа или потери привилегии за выход из угла без разрешения. Еще один вариант – заменить стул комнатой, но тогда значительно удлинить время тайм-аута. Маленьким детям, которым просто физически тяжело удержать себя на стуле, может подойти вариант, когда взрослый держит ребенка у себя на коленях – но молча. Такой же подход касается тех случаев, когда ребенок в таймауте ведет себя ненадлежащим образом – например, качается на стуле, пробует портить мебель и т. п.

• Иногда дети идут на разные ухищрения, чтобы им разрешили выйти из тайм-аута преждевременно (типа «хочу в туалет», «хочу есть», «ты жестокая, меня не любишь» и т. п.) – эти манипуляции следует игнорировать. То же касается и манипулятивного плача. Однако иногда маленькие, эмоционально впечатлительные дети могут плакать во время тайм-аута без всяких манипулятивных мотивов. Таким детям может подходить вариант тайм-аута, когда взрослый держит их у себя на коленях.

• Иногда дети отказываются выйти из угла – «мне здесь хорошо, я могу сидеть здесь, мне это нравится». Важно понимать, что это также манипуляция и напомнить ребенку, что он должен выйти из угла и выполнить данное ему предварительно указание, а если он отказывается, то будет оштрафован еще раз на такое же количество минут (или иначе потерей привилегии или баллов).

Приложение 5

Образец информационного буклета для родителей

Если у Вашего ребенка СДВГ

Почти все дети любят много двигаться, они непоседливы, нетерпеливы и часто невнимательны. Однако по меньшей мере у 3 % детей школьного возраста эти характеристики выражены чрезмерно и несоответственно их возрасту, а потому приводят к значительным поведенческим проблемам. Такие дети по своей природе уже с раннего возраста *гиперактивны* – они не просто много двигаются, а слишком много двигаются; *импульсивны* – действуют под нажимом своих желаний и чувств, не успевая подумать о последствиях и правилах, а также *испытывают трудности с продолжительным сосредоточением внимания* на чем-то, что для них малоинтересно: на уроке, выполняя домашние задания и т. п. У этих детей специалисты диагностируют СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности – одно из наиболее распространенных поведенческих расстройств у детей. Это расстройство исторически имеет много названий и синонимов – минимальная мозговая дисфункция, синдром психомоторной расторможенности, гиперкинетическое расстройство и др.

СДВГ обусловлен незрелостью определенных зон головного мозга, которые отвечают за функцию контроля над поведением: за способность временно «притормаживать» свои «импульсы» – то есть желания, чувства, – чтобы остановиться и подумать о возможных последствиях своих действий, согласовать их с социально принятыми правилами, желаниями и чувствами других людей, – и только тогда действовать наиболее адекватным для ситуации образом. У детей с СДВГ эта тормозная, контролирующая и организующая функция коры головного мозга не развита соответственно возрасту. Вследствие этого их поведение часто бывает проблемным, что отражается на отношениях с родителями, способности успешно учиться в школе, быть в коллективе ровесников в конце концов страдает их собственная самооценка.

Тем не менее детям с СДВГ можно помочь! Современные методы психологической помощи и медикаментозной терапии, грамотно примененные в тесном сотрудничестве с родителями и педагогами, могут существенно уменьшить поведенческие проблемы ребенка, помочь ему полноценно развиваться и реализовать себя в этом мире. Вместе с тем, если семье и ребенку

не оказать надлежащую помощь, то с возрастом проблемы у ребенка, к сожалению, могут лишь нагромождаться, и его полноценная взрослая жизнь и самореализация могут оказаться под угрозой.

Первым и самым важным шагом в помощи ребенку есть своевременная диагностика СДВГ, а также образование родителей относительно причин и проявлений этого расстройства и эффективных методов помощи. Большинство поведенческих проблем ребенка обусловлено не его злой волей или неадекватным воспитанием со стороны родителей, а биологическими особенностями мозга ребенка. Только хорошо понимая особенности своего ребенка, родители могут стать его адвокатами и помогать ему одолевать поведенческие проблемы, полноценно развиваться, учиться, интегрироваться в коллектив ровесников. Своевременная диагностика СДВГ уже в раннем возрасте дает ребенку шанс успешного старта в жизни…

Итак, попробуйте оценить поведение своего ребенка по приведенной ниже анкете. Отметьте галочкой наличие у вашего ребенка основных симптомов СДВГ.

Мой ребенок часто…

– беспрерывно движется, не может долго сидеть на одном месте, бегает или лазает тогда, когда требуется сидеть на месте;

– много говорит, перебивает, неуместно вмешивается в разговор других;

– не может вытерпеть, когда нужно чего-то ждать (например, своей очереди в игре или в магазине);

– имеет проблемы с удержанием внимания на задании, легко отвлекается на посторонние раздражители;

– «отсутствует», «витает в облаках», не слышит, когда к нему обращаются;

– не сосредоточивается на деталях, делает неумышленные ошибки по невнимательности в классных/ домашних заданиях;

– действует «импульсивно», не подумав о последствиях или правилах;

– не испытывает страха, часто действует слишком рискованно;

– своим поведением создает проблемы в семье, в саду/ школе, в отношениях с ровесниками.

Если вы утвердительно ответили на большинство из этих вопросов, весьма вероятно, что у вашего ребенка СДВГ. Тем не менее окончательный диагноз может установить лишь команда компетентных специалистов, которые всесторонне обследуют вашего ребенка, смогут отличить СДВГ от других причин,

приводящих к похожим нарушениям поведения, выявят возможное присутствие других сопутствующих проблем – и только тогда, предоставив вам полную информацию об обследовании, вместе с вами спланируют и реализуют необходимую программу помощи вашему ребенку. Такая программа составляется индивидуально для каждой семьи и ребенка и может включать следующие формы помощи:

– информация для родителей об СДВГ и обучение основным методикам управления поведением ребенка положительным образом;

– групповые психологические тренинги для детей;

– консультирование учителей/воспитателей учебного заведения, которое посещает ребенок, относительно методов управления поведением ребенка и содействия его успешному обучению и социальному развитию;

– медикаментозная терапия;

– видеотренинг общения между родителями и ребенком;

– психотерапия для ребенка/семьи.

В учебно-реабилитационном центре «Джерело» создана современная модель помощи детям с СДВГ и их семьям, отвечающая современным мировым стандартам услуг в этой сфере. Команда специалистов, которая получила соответствующую подготовку и имеет опыт работы с детьми с СДВГ, поможет вам и вашему ребенку преодолевать трудности, полноценно развиваться, реализовывать свои способности и таланты.

Особенно следует отметить важность сотрудничества между родителями и учителями ребенка. От конструктивности этого сотрудничества зависят в большой мере учебный успех ребенка и его социальное развитие. Положительная роль учителей может быть чрезвычайно весомой в жизни ребенка и определяющей в его судьбе! В центре «Джерело» создан методический ресурсный центр для поддержки педагогов, работающих с детьми с

СДВГ: подготовлены печатные и видеоматериалы, организовываются учебные семинары и выездные консультации специалистов центра.

Родителям важно также понимать, что воспитание ребенка с СДВГ связано для них со многими стрессами и эмоционально нелегкими переживаниями. Следовательно, чтобы иметь возможность помочь ребенку, родителям важно уметь помочь самим себе и позаботиться о себе. В учебно-реабилитационном центре «Джерело» созданы группы взаимоподдержки «Родители для родителей», где можно пообщаться в дружеской атмосфере с другими родителями детей с СДВГ, получить важную

информацию, найти новых друзей, поддержать друг друга.

С возрастным созреванием ребенка симптомы СДВГ уменьшаются, однако в большинстве случаев полностью не проходят. Это расстройство является следствием особенностей строения и биохимического функционирования нервной системы ребенка и полностью вылечить его невозможно – но общими усилиями можно научиться с ним жить, значительно смягчить его симптомы и предотвратить возможное негативное влияние на психологическое, социальное и интеллектуальное развитие ребенка. Следует помнить также, что СДВГ дает ребенку и определенные положительные черты – такие дети часто бывают более непосредственными, творческими, артистичными, они имеют большой запас энергии и часто неисчерпаемую волю к жизни. Важно раскрыть и развить эти и другие положительные качества детей – ведь именно от них, от веры вашего ребенка в себя зависит возможность его будущей полноценной самореализации.

Отделение развития ребенка, учебно-реабилитационный центр «Джерело». Предварительная запись по телефонам: (032)223-04-37, 227-36-00. Львов, пр. Красной Калины 86А. Учебно-реабилитационный центр «Джерело» является благотворительным учреждением и все его услуги предоставляются бесплатно.

Приложение 6

Образец информационного буклета для учителей

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)у детей: знать, чтобы помочь…

Каждый учитель знает этих детей – их искренность и непосредственность вызывают глубокую симпатию, но своей непоседливостью и беспрерывной активностью они мешают проводить уроки, а то и срывают их. Вы знаете их возможности к обучению, но также и то, что вследствие своей рассеянности и невнимательности они часто не могут надлежащим образом усвоить учебный материал и проявить свои способности. Эти дети нетерпеливы и импульсивны, они не умеют сдерживать свои чувства, часто отвечают на ваши вопросы, еще не дослушав их до конца. Именно из-за своей импульсивности им так тяжело придерживаться правил на уроке, и их дневник исписан вашими замечаниями. И хотя все эти дети очень разные, их объединяют три черты: *гиперактивность* (чрезмерно выраженная двигательная активность), *нарушение внимания* и чрезмерная, несоответствующая возрасту *импульсивность.* У этих детей специалисты диагностируют СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности (другое название – гиперкинетическое расстройство). По данным исследований, он диагностируется у 3—15 % детей школьного возраста и является наиболее распространенным поведенческим расстройством в этой возрастной категории.

СДВГ обусловлен незрелостью определенных зон головного мозга, отвечающих за функцию контроля над поведением: а именно за способность временно «притормаживать» свои «импульсы» – то есть желания, чувства – чтобы остановиться и подумать о возможных последствиях своих действий, согласовать их с социально принятыми правилами, желаниями и чувствами других

людей, – и только тогда действовать наиболее адекватным для ситуации образом. У детей с СДВГ эта тормозная, контролирующая и организующая функция коры головного мозга не развита соответственно возрасту. Вследствие этого их поведение часто проблемно, что отражается на отношениях с родителями, способности успешно учиться в школе, быть в коллективе ровесников, в конце концов страдает их собственная самооценка. СДВГ является одной из наиболее распространенных причин школьной дезадаптации – без надлежащей помощи

большая часть этих детей может иметь серьезные трудности в усвоении учебной программы, значительные поведенческие и социальные проблемы. Соответственно, под угрозой оказываются полноценное развитие ребенка и его самореализация.

Тем не менее детям с СДВГ можно помочь! Как показали научные исследования, просвещение родителей, грамотная психологическая помощь ребенку, применение учителями в школе современных принципов обучения и воспитания детей с СДВГ, а также медикаментозная терапия (при необходимости) могут существенно уменьшить поведенческие проблемы ребенка, помочь ему полноценно развиваться и реализовать себя в этом мире.

Первый и самый важный шаг в помощи ребенку – своевременная диагностика СДВГ, и роль учителей в этом очень велика. Часто именно в школе впервые проявляются трудности ребенка с сосредоточением внимания и гиперактивностью, и учитель является первым, кто может заметить симптомы СДВГ, предоставить информацию родителям и направить их за надлежащей помощью. *Раннее выявление проблемы является предпосылкой к своевременной и эффективной помощи семье и ребенку!*

Если в вашем классе есть ученик или ученица, которые имеют проблемы со школьной успеваемостью, поведением и отношениями с учителями и ровесниками, приведенный ниже перечень возможных проявлений

СДВГ позволит вам заподозрить наличие у ребенка этого расстройства.

• *Во время урока много двигается, возится на стуле, часто встает с места.*

• *Имеет проблемы с удержанием внимания на заданиu; во время уроков часто невнимателен, легко отвлекается на посторонние раздражители.*

• *Не сосредоточивается на деталях, делает неумышленные ошибки по невнимательности в классных/ домашних заданиях.*

• *Во время урока часто «отсутствует», «витает в облаках», не слышит, когда к нему обращаются.*

• *Часто отвечает на вопрос учителя, не поднимая руку/не получив разрешения; много говорит, часто перебивает других.*

• *Не может вытерпеть, когда нужно чего-то ждать.*

• *Очень эмоционален, легко теряет самообладание.*

• *Действует импульсивно, не подумав о последствиях или правилах.*

• *Создает проблемы своим поведением в семье, в саду/ школе, в отношениях с ровесниками.*

Если вы утвердительно ответили на большинство из этих вопросов, то весьма вероятно, что у вашего ученика или ученицы СДВГ. Тем не менее окончательный диагноз может установить только команда компетентных специалистов – медиков, психологов, педагогов, которые имеют дополнительную специализацию в диагностике и терапии расстройств развития у детей.

Во Львове, в учебно-реабилитационном центре «Джерело» при поддержке американского фонда UCAN создана современная модель помощи детям с СДВГ и их семьям, отвечающая современным мировым стандартам услуг в этой сфере. Специалисты центра проводят комплексное медико-психологическое обследование ребенка в контексте его семьи и социального окружения. Большое внимание отводится выявлению возможных сопутствующих расстройств – ведь у половины детей с СДВГ присутствуют другие проблемы: расстройства интеллектуального и речевого развития, школьных навыков (чтения, письма, математики), эмоциональные и поведенческие расстройства, тики и др. Выявление сопутствующих проблем очень важно, поскольку знание о них позволяет мудро подобрать и адаптировать для ребенка учебную программу, а также применить дополнительные терапевтические меры.

По завершении диагностики специалисты центра «Джерело» предоставляют информацию о ребенке, о его сильных сторонах и проблемах родителям. Большое внимание отводится образованию родителей относительно понимания природы СДВГ – ведь только при условии понимания особенностей своего ребенка родители могут компетентно действовать в его интересах, помогать ему развиваться, учиться, интегрироваться в коллектив ровесников.

Согласно особенностям каждой семьи и ребенка разрабатывается индивидуальная программа помощи. Она содержит следующие возможные формы помощи:

– консультирование родителей по поводу воспитания и обучения ребенка, его возрастных аспектов развития;

– обучение родителей основным методикам;

– управление поведением ребенка положительным образом;

– групповые психологические тренинги для детей и подростков;

– медикаментозная терапия;

– видеотренинг общения между родителями и ребенком;

– психотерапия для ребенка/семьи.

В жизни ребенка с СДВГ очень многое зависит от учителей – их положительная роль может быть определяющей в судьбе ребенка. Кроме необходимых человеческих качеств и веры в ребенка, педагогам важно также владеть современными знаниями

и методиками обучения и положительного руководства поведением детей с СДВГ. Большинство поведенческих проблем ребенка обусловлено не его злой волей или неадекватным воспитанием со стороны родителей, а биологическими особенностями мозга ребенка. Только при условии глубокого понимания этих особенностей учителя могут найти индивидуальный подход к каждому ребенку и помочь ему в преодолении поведенческих проблем, полноценном развитии, учебе, интеграции в коллектив ровесников. Достичь этого невозможно без эффективного, конструктивного сотрудничества и партнерских отношений между родителями и учителями ребенка.

Однако реализовать такие подходы, к сожалению, в современной системе украинского образования не всегда легко. Современные знания и методики работы в этой сфере еще малодоступны и не преподаются в большинстве вузов. Не всегда способствует индивидуальному подходу и организация учебного процесса во многих школах. Необходимы реформы и внедрение инновационных технологий во многих сферах образования…

Для поддержки педагогов, работающих с детьми с СДВГ, в центре «Джерело» создан ресурсный центр: подготовлены видео– и печатные методические материалы, организовываются учебные семинары и выездные консультации специалистов центра. Надеемся на развитие сотрудничества и установление партнерских отношений между учреждениями, работающими с детьми с СДВГ.

Отделение развития ребенка, учебно-реабилитационный центр «Джерело». Предварительная запись по телефонам: (032)223-04-37, 227-36-00. Львов, пр. Красной Калины 86А. Учебно-реабилитационный центр «Джерело» является благотворительным учреждением и все его услуги предоставляются бесплатно.

Приложение 7

Образцы поведенческих контрактов для старших школьников

Пример 1
Имя, фамилия: Назар Лужецкий
Дата подписания: 20 декабря 2007 года

№	Желательное поведение	→ Вознаграждение	Проблемное поведение	→ Санкция
1.	Не прогулял уроки один день.	Право на прогулку после того, как сделал уроки.	Прогул уроков.	Лишение права на прогулку на два дня.
2.	Не прогулял уроки ни одного раза на протяжении недели.	5 гривен в субботу.	Каждый прогулянный урок.	Минус 1 гривна от недельного размера вознаграждения в 5 гривен.
3.	Не получил ни одного замечания за поведение на протяжении недели.	+ 5 гривен в субботу.	Одно замечание за поведение.	Минус 1 гривна от недельного размера вознаграждения 5 гривен.

Подписи:
Назар Лужецкий
Инна Владимировна (мама)
Иосиф Петрович (отец)

Пример 2
Имя, фамилия: Игорь Вереск
Дата подписания: 11 марта 2007 года

№	Желательное поведение	→ Вознаграждение	Проблемное поведение	→ Санкции
1.	Не получил замечания за поведение в школе.	Право на 1 час прогулки по выполнении домашнего задания.	Замечание за поведение в школе.	Домашний арест на один день (лишение права на прогулку, просмотра телевизора, пользования компьютером, мобильным телефоном и на другие возможные развлечения).
2.	Неделя без поведенческих проступков дома и в школе.	На выходных поход на выбор: пиццерия/ Макдональдс.	Один серьезный поведенческий проступок (драка, обман родителей и т.п.).	Домашний арест сроком на 3 дня + лишение мобильного телефона на неделю.
3.	Без напоминания самостоятельно и качественно сделал уроки к 19:00.	1 час компьютерных игр или телевизора.	Несделанные своевременно и качественно уроки.	Выполнение домашнего задания — пока не будет выполнено + соответствующее сокращение времени на компьютер и телевизор.
4.	Выполнение указаний родителей с первого раза и выполнение без напоминания установленных домашних обязанностей (выгуливание собаки и уборка комнаты).	Один раз в неделю карманные деньги в размере 10 гривен (выдаются в конце недели после подведения итогов).	Невыполнение указания с первого раза или установленной домашней обязанности.	Потеря 1 гривны из недельного резерва за каждое невыполненное указание.

Подписи:
Игорь Вереск
Ольга Ивановна (мама)
Василий Иванович (отец)

Приложение 8

Книги по проблеме СДВГ на русском языке

Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Института психотерапии, 2008.

Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Методические рекомендации. М.: Перспектива, 2009.

Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития. Пер. с нем. М.: Академия, 2004.

Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005.

Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М.: Школа-Пресс, 2001.

Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для родителей: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. СПб.: Речь, 2007.

Монина Г., Лютова-Робертс Е, Чутко Л. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007.

Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь, 2008.

Психолого-педагогическое сопровождение гиперактивных дошкольников: Учебно-методическое пособие / Под ред. О.В. Токарь, Т.Т. Зимаревой, Н.Е. Липай. М.: Флинта; МПСИ, 2009.

Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: Сфера, 2002.

Библиография

Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл, Академия, 2008.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder // Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. V. 36. Sup. 10. 1997. P. 85–121.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder // Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. V. 36. Sup. 46. 2007; P. 894–921.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents and Adults // Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. V. 41. Sup. 2. 2002. P. 26–49.

American Academy of Pediatrics (AAP): Committee on Quality Improvement and Subcommittee on AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. Treatment of the school-aged child with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder // Journal of Pediatrics. V. 108. 2001. P. 1033–1044.

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/

Hyperactivity Disorder. Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // Journal of Pediatrics. V. 105. 2000. P. 1158–1170.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision). Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000.

Arcia E., Conners C. Gender differences in ADHD // Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. V. 19. 1998. P 77–83.

Asherson P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era // European Child and Adolescent Psychiatry. V. 13. 2004. Sup. 1. P. 50–71.

Banashevski T., Roessner V., Dittmann R., Janardhanan Santosh P, Rothenberger A. Non-stimulant medication in the treatment of ADHD // European Child and Adolescent Psychiatry. V. 13. 2004. up. 1. P. 102–117.

Banashevski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A., Asherson P.,

Buitelaar J, Danckaerts M, Dopfner M, Faraone S, Rothenberger A., Sergeant J., Steinhausen H, Sonuga-Barke E, TaylorE. Long-acting medication for the hyperkinetic disorders // European Child and Adolescent Psychiatry. V. 15. 2006. P. 476–495.

Barkley R. Taking charge of ADHD: The compete authoritative guide for parents. N.Y.: Guilford Press, 1995.

Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. N.Y.: Guilford Press, 1996.

Barkley R. ADHD and the nature of self-control. N.Y.: Guilford Press, 1997 *a.*

Barkley R. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training. 2nd ed. N.Y.: Guilford Press, 1997 *b*.

Barkley R. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Third edition. N.Y.: Guilford Press, 2006.

Barkley R., Benton C. ADHD in the classroom. Strategies for teachers. N.Y.: Guilford Press; 1994.

Bezchlibnyk-ButlerK., ViraniA. Clinical handbook ofpsycho-tropic drugs for children and adolescents. Toronto: Hog-refe and Huber Publishers, 2004.

Biederman J., Faraone S., Mick E., Williamson S., Wilens T, Spencer T, Weber W, Jettson J., Kraus I., Pert J., Zallen B. Clinical correlates of AD/HD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. V 38. 1999. P. 966–975.

Biederman J., Munir K, Knee D., Habelow W., Armentano M, Autor S., Hoge S., Waternaux C. A family study of patients with attention deficit disorder and controls // Journal of Psychiatric Research. V. 20. 1986. P. 263–274.

Bloomquist M. Skills training for children with behavioral disorders: A parent and therapist guidebook. N.Y.: Guilford Press, 1996.

Braswell L., Bloomquist M. Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: child, family and school interventions. N.Y.: The Guilford Press, 1991.

Breen M., Barkley R. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity // Journal of Pediatric Psychology. V. 13. 1988. P. 265–280.

Brown T.E. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc., 2000.

CipaniE. Helping parents help their kids. California: Brunner and Mazel, 1999.

DuPaul G.J., Stoner G. AD/HD in the schools: Assessment and

intervention strategies. N.Y.: Guilford Press, 2003.

Faraone S., Biederman J., Weber W. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of ADHD // Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. V. 37. 1998. P. 185–193.

Friedberg R.D., McClure J.M. Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. N.Y.: The Guilford Press, 2002.

Fuster J.M. The prefrontal cortex: anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.

GaubM., Carlson C. Gender differences in AD/HD: A metaanalysis and critical review // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. V 36. 1997. P. 1036–1045.

GillbergC, Gillberg I.C.,RasmussenP, KadesjoB., Soderstrom H, Rastam M, Johnson M, Rothenberger A., Niklasson L. Co-existing disorders in ADHD – implication for diagnosis and intervention // European Child and Adolescent Psychiatry. V. 13. Sup. 1. 2004. P 80–93.

Goldstein S., Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practioners. 2nd. edition. N.Y.: John Wiley and Sons, Inc., 1998.

Graham P. Cognitive behaviour therapy for children and families. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

Green W.H. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 4th ed. N.Y.: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Greenberg J. Stress management. N.Y.: McGraw-Hill, 1999.

Hallowell E.M., Ratey J.J. Driven to distraction: Recognizing and coping with attention deficit disorder from childhood through adulthood. N.Y.: Simon & Schuster, 1995.

Jensen P, Cooper J. Attention deficit hyperactivity disorder: state of science-best practices. Kingston (NJ): Civic Research Institute, 2002.

Kassinove H, Tafrate R. Anger management: the complete treatment guidebook for practioners. California: Impact Publishers, 2002.

Kendall P. Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. N.Y.: The Guilford Press, 2000.

Kendall P, Braswell P. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. N.Y.: The Guilford Press, 1993.

Kutcher S. Practical child and adolescent psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

Lahey B., Piacentini J., McBurnett K, Stone P., Hartdagen S, Hynd G. Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and

hyperactivity // Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry. V. 27. 1988. P. 163–170.

Martin G, Pear J. Behaviour modification: What it is and how to do it. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall, Inc., 2002.

Mash E., Johnston C. Parental perceptions of child behaviors problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children // Journal of Counseling and Clinical Psychology. V. 51. 1983. P 68–99.

MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD // Archives of General Psychiatry. V. 56. 1999. P. 754–761.

MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for ADHD // Pediatrics. V. 113. 2004. P. 1073–1086

Nadeau K, Littman E, Quinn P. Understanding girls with AD/ HD. Silver Spring (MD): Advantage Books, 1999.

Nadeau K., Quinn P. Understanding women with AD/HD. Silver Spring (MD): Advantage Books, 2002.

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. V. 39. 2000. P. 182–193.

Nuwer M. Assessment of digital EEG, quantitative EEG, and brain mapping: Report of the American Academy of Neurology and the American Clinical Neurophysiology Society // Journal of Neurology. V. 49. 1997. P. 277–292.

Pfiffner L.J. All about AD/HD: The complete practical guide for classroom teachers. N.Y.: Scholastic Professional Books, 1996.

Pliszka S. Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview // Journal of Clinical Psychiatry. V. 59. Sup. 7. 1998. P. 50–58.

Pliszka S., Hughes C., Corners K., Emslie G., Jensen P., McCracken J, Swanson J, LopezM. The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. V 45 (6). 2006. P. 642–657.

Rief S.F., Heimburge J.A. How to reach and teach ADD/AD/ HD children: Practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity. San Francisco: Jossey-Bass, 2005.

Robin A.L. ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment. N.Y.: The Guilford Press, 1998.

Sandberg S. Hyperactivity and attention disorders of childhood.

Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

Santelli B, Stewart F, Poyadue J. The parent to parent handbook: connecting families of children with disabilities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co., 2001.

Surgeon General of the United States. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, 1999.

Taylor E, Doepfner M, Sergeant J., Asherson P, Banashevski T, Buitelaar J., CoghillD, Danckaerts M, Rothenberger A., Sonuga-Barke E, Steinhausen H, ZuddasA. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade // European Child and Adolescent Psychiatry. V. 13. Sup. 1. 2004. P. 7—31.

Terdal L, Kennedy P, Fusetti L. The Hyperactive child book. N.Y.: St. Martin's Press, 1993.

Weiss G, Hechtman L. Hyperactive children grown up. N.Y.: Guilford Press, 1986.

Weiss L. Attention deficit disorder in adults: Practical help and understanding. Lanham (MD): Taylor Trade Publishing, 1997.

Weiss M, Hechtman L.T., Weiss G. ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis and treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.

Об авторе

Романчук Олег Игоревич – детский психиатр, психотерапевт, живет и работает во Львове. Руководитель отделения развития ребенка учебно-реабилитаиионного центра «Джерело», автор книг, адресованных как специалистам, так и широкому кругу читателей, и прежде всего родителям.

Женат, отец троих детей.

Несколько фактов о СДВГ

✓ Основные проявления СДВГ – гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность, выраженность которых не соответствует возрасту ребенка и приводит к значимым нарушениям функционирования в основных сферах жизни.

✓ Нет двух одинаковых детей с СДВГ – у этого синдрома много дни и широкий спектр проявлений.

✓ СДВГ часто приводит к развитию вторичных проблем – поведенческих, социальных, учебных; однако их наличие или отсутствие во многом обусловлено характером взаимодействия ребенка с социальным окружением, и прежде всего с семьей.

✓ Очень важно выявить СДВГ в дошкольном возрасте, до возникновения вторичных осложнений и проблем, и начать оказывать помощь семье и ребенку как можно раньше.

✓ 70 % детей с СДВГ будут иметь признаки этого расстройства и в зрелом возрасте – это 1–3% взрослого населения.

✓ При условии надлежащей социальной поддержки и

компетентной профессиональной помощи человек с СДВГ может жить насыщенной, полноценном жизнью, успешно реализовать себя на каждом возрастном этапе.

notes

Примечания

1

Петя Пяточкин – персонаж мультфильма «Как Петя Пяточкин слоников считал» (Киевнаучфильм, 1985), «образец» поведенческих особенностей детей с СДВГ. Мультфильм можно посмотреть в Интернете. – *Прим. ред.*

2

В медицине родственниками второй степени родства считаются дед, бабка, тети, дяди, двоюродные братья и сестры. – *Прим. ред.*

З

Биполярное аффективное расстройство (ранее – **маниакально-депрессивный психоз**) – психиатрический диагноз психического расстройства, проявляющегося аффективными состояниями, – маниакальными (гипоманиакальными) и депрессивными, а также смешанными состояниями, при которых у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно (например, тоска со взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью, – так называемая непродуктивная мания), либо быстрая смена симптомов (гипо)мании и (суб)депрессии. – *Прим. ред.*

4

Синдром Жилля де ля Туретта – прогрессирующее заболевание, характеризующееся разнообразными варьирующими по своей продолжительности и течению моторными и вокальными тиками, а также нарушениями поведения. – *Прим. ред.*

5

Образцы буклетов об СДВГ для родителей и педагогов представлены в *Приложениях 5* и *6*.

European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001.

7

Образцы опросников для родителей и учителей – *Приложения 1* и *2*.

8

European clinical guidelines for hyperkinetic disorder, 2004; American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1997, 2002, 2007; American Academy of Pediatrics, 2000, 2001.

9

Здесь и далее автор использует понятие «тайм-аут» для обозначения кратковременной изоляции как одного из видов санкций. В отечественной литературе этот термин имеет иное значение – перерыв, пауза, возможность побыть в одиночестве (без негативного оттенка). – *Прим. ред.*

10

В России издано немало книг, посвященных проблеме СДВГ, список некоторых из них приводится в *Приложении 8. – Прим. ред.*

11

Глава печатается с сокращениями. Она предназначена в первую очередь для врачей, работающих с детьми с СДВГ, для остальных читателей это лишь информация к сведению и ни в коем случае не руководство к действию. – *Прим. ред.*

12

Препараты первого выбора – наиболее эффективные медикаменты с минимальными побочными эффектами, которые рекомендуется применять в первую очередь. – *Прим. ред.*

В Украине, к сожалению, велбутрин имеется лишь в препаратах замедленного высвобождения по 150 мг для лечения депрессии у взрослых – такая форма выпуска не позволяет эффективно подбирать дозы для детей школьного возраста.